LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2010

L'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE : ANALYSE DES INDICATEURS DE MONITORAGE

Québec

apprécier

Mot du commissaire _ 4

Avant-propos _ 6

Introduction _ 9

La méthode d'analyse _ 13

Un cadre d'analyse globale et intégrée de la performance 14

Un modèle qui s'enrichit 17

Les sources d'information et les indicateurs utilisés 18

La sélection des indicateurs 19

Le choix des balises d'excellence 19

L'ordonnancement des provinces et des régions 21

Une analyse de l'évolution de la performance dans le temps 21

Les limites de l'analyse et de l'approche 21

Comment lire et interpréter les graphiques de ce rapport 24

- Les graphiques radars 24
- Les graphiques d'évolution temporelle 25
- Les graphiques d'évolution de l'écart relatif de balisage 27
- Les graphiques de comparaison entre régions 28

La performance du système de santé et de services sociaux du Québec _ 31

La performance globale et intégrée à l'échelle provinciale 33

- L'adaptation : niveaux et structuration des ressources 33
- La production : prodiguer une quantité appropriée de services de qualité 37
- L'atteinte des buts : améliorer la santé et répondre aux attentes des personnes 41
- La performance globale du système de santé et de services sociaux québécois 46

La performance à l'échelle des régions du Québec 50

- L'adaptation : entre allocation et acquisition 50
- La production : le défi de la production en complémentarité interrégionale 53
- Le maintien et développement : une forte variabilité entre les régions du Québec 55

L'atteinte des buts : reflet de la composition démographique et de l'action à l'échelle régionale ? 56
La performance globale des régions du Québec 59

L'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques _ 67

L'analyse à l'échelle provinciale 69
Les habitudes de vie et les facteurs de risque 69
Les morbidités et les problèmes de santé principaux 73
Les aspects organisationnels et les services 77
L'analyse à l'échelle régionale 80
Les habitudes de vie et les facteurs de risque 80
Les morbidités et les problèmes de santé principaux 83

Constats et questionnements _ 135

Les constats et les questionnements sur la performance globale du système de santé et de services sociaux du Québec 139
Les constats et les questionnements sur la réponse du système de santé et de services sociaux envers les maladies chroniques au Québec 142

Conclusion _ 145

Liste des figures _ 148

Liste des tableaux _ 151

Annexe / Analyse régionale détaillée _ 153

Références bibliographiques _ 250

Réalisation _ 251

Remerciements _ 252

> Mot du commissaire

Les maladies chroniques représentent un défi majeur pour notre système de santé et de services sociaux en raison de leur prévalence et des autres problèmes de santé qui s'y sont associés. Il nous paraissait donc logique que l'appréciation de la performance du système à l'égard des maladies chroniques succède à celle ayant porté sur la première ligne de soins, qui a fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

La consultation d'un ensemble d'acteurs du réseau, d'experts et de décideurs, en plus de celle du Forum de consultation du Commissaire, a encore une fois guidé notre démarche d'appréciation de la performance. Cette consultation a donné un sens à la recension des écrits et aux analyses quantitatives des indicateurs disponibles, menées en parallèle. De plus, 25 groupes de différentes régions se sont joints à la consultation sur les maladies chroniques, ce qui leur a permis d'apporter suggestions et commentaires constructifs. Je remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leur participation à nos travaux.

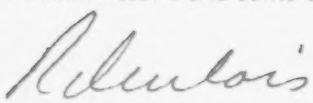
À la suite de l'invitation lancée par plusieurs agences, nous avons effectué une tournée des régions et avons présenté les résultats du rapport d'appréciation sur la première ligne de soins. Les interactions de qualité que nous avons eues à propos de l'appréciation de la performance ont contribué à nos travaux actuels, qui s'inscrivent dans une démarche collective d'amélioration continue.

Nous avons enrichi notre site Internet en le dotant d'un outil de visualisation cartographique sur la performance du système de santé et de services sociaux québécois, l'Atlas CSBE. Cet outil s'ajoute à d'autres sections du site Internet qui permettent d'accéder à de l'information sur la performance de notre système, de créer des graphiques temporels et des radars régionaux par indicateurs de monitorage ainsi que de consulter des tableaux complets d'indicateurs. Nous sommes heureux de mettre cet outil d'appréciation de la performance à la disposition des partenaires du réseau.

Le rapport d'appréciation de la performance 2010, que nous soumettons à la société québécoise, constitue une synthèse des besoins et des interventions liés aux maladies chroniques ainsi que de leur performance. Cette synthèse est soutenue à la fois par la littérature, les nombreuses consultations effectuées et les données comparatives. Nous croyons que ce rapport est voué à devenir un document de référence sur lequel l'ensemble de notre société pourra fonder une démarche d'amélioration continue pour les années à venir.

Je tiens à remercier tout particulièrement les membres de mon équipe, qui ont travaillé avec cœur et professionnalisme à la réalisation de cette tâche colossale. Nous avons beaucoup appris sur notre système de santé et de services sociaux, sur ses difficultés, certes, mais aussi sur ses succès, qui gagnent à être connus, et ce, pour le plus grand bénéfice de la collectivité. C'est avec fierté que je vous convie à plonger dans l'univers de l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux sous l'angle des maladies chroniques. Nous l'avons démontré, il faut revoir nos façons de faire pour mieux répondre aux besoins. Nous devrons également mieux informer les citoyennes et les citoyens, à tous égards, car nous sommes tous parties prenantes de la bonne marche de notre système de santé et de services sociaux.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

> Avant-propos

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, DE PAR SA MISSION, DOIT APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. POUR CE FAIRE, IL APPRÉCIE LES RÉSULTATS ATTEINTS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PRODUIT UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DU SYSTÈME. SON APPROCHE DE TRAVAIL REPOSE SUR L'ENGAGEMENT, LE DIALOGUE, LA COLLABORATION DES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE ET LA PARTICIPATION DES CITOYENS.

Pour remplir sa fonction d'appréciation, le Commissaire a adopté un cadre d'appréciation globale et intégrée de la performance. Il a aussi mis en place des processus consultatifs et délibératifs pour soutenir ses travaux. La démarche préconisée par le Commissaire repose sur différentes sources d'information, d'ordre scientifique, organisationnel et démocratique (CSBE, 2008). En d'autres mots, cette démarche a pour but de recueillir les connaissances et les positions d'experts, de décideurs ainsi que des membres du Forum. Elle favorise l'intégration de plusieurs aspects particuliers du contexte québécois à l'appréciation de la performance et à l'élaboration de recommandations d'améliorations. Les opinions recueillies auprès de toutes les personnes consultées permettent au Commissaire de proposer des actions qui se sont démontrées à la fois efficaces et réalisables étant donné les caractéristiques propres à notre système et, de manière ultime, qui sont cohérentes avec nos valeurs.

Le premier rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux portait plus spécifiquement sur les soins de première ligne (CSBE, 2009). L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques. Pour fonder son jugement, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données : données de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de divers points de vue. Les points de vue résultent de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations des membres du Forum. Celui-ci est composé de citoyens, dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et des services sociaux.

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé qui répondent à certaines caractéristiques. Ces maladies ne sont pas contagieuses : elles résultent plutôt de l'adoption de certaines habitudes de vie ainsi que de processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement. À l'égard de leur évolution, elles se caractérisent par un début habituellement lent et insidieux, leurs symptômes apparaissent progressivement et elles sont de longue durée. Finalement, elles ne se résolvent pas spontanément et ne peuvent généralement pas être guéries complètement.

On reconnaît habituellement que les maladies chroniques incluent, entre autres, plusieurs problèmes de santé affectant les appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, de même que le diabète ainsi que plusieurs cancers.

L'analyse fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être : apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens des résultats ; faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, soit l'objet du présent document, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système ainsi que des indicateurs relatifs aux soins et services liés aux maladies chroniques, à l'échelle du Québec et de ses régions. Grâce aux constats dressés, il propose des pistes de réflexion sur lesquelles les acteurs du système de santé et de services sociaux sont conviés à se pencher.

Le deuxième volume, intitulé *État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*, dresse un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux ainsi que des soins et services offerts aux personnes. Ce portrait fait ressortir de grands constats et tendances par rapport à l'organisation des soins et services en ce qui concerne les maladies chroniques et leurs déterminants.

Les constats et les observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur les soins et services liés aux maladies chroniques*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments qui caractérisent un système de santé et de services sociaux performant, des actions reconnues efficaces pour en améliorer la performance ainsi que de leur faisabilité dans le contexte des soins liés aux maladies chroniques.

À la lumière des analyses de la performance, de l'état de situation et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, les implications de certaines recommandations sont analysées.

Introduction

> Introduction

UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PERFORMANT EST UN SYSTÈME QUI ATTEINT SES BUTS ET SES OBJECTIFS, RÉALISE LES MANDATS QUI LUI SONT CONFIÉS, EN CONFORMITÉ AVEC LES VALEURS QUI ANIMENT SES ACTIONS, ET OPTIMISE SA PRODUCTION COMPTE TENU DES RESSOURCES DONT IL DISPOSE.

L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EST UNE DÉMARCHE RECONNUE COMME ÉTANT ESSENTIELLE À L'AMÉLIORATION DES SERVICES RENDUS AUX POPULATIONS. EN SYNERGIE AVEC DIVERSES INSTITUTIONS SOCIALES, LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX SONT APPELÉS À RÉPONDRE, LE MIEUX POSSIBLE, AUX BESOINS PORTANT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES. DANS SON SENS LE PLUS COMMUN, LA PERFORMANCE SE DÉCRIT COMME L'EXCELLENCE DANS CETTE RÉPONSE AUX BESOINS, COMPTE TENU DES RESSOURCES DISPONIBLES. UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PERFORMANT EST UN SYSTÈME QUI ATTEINT SES BUTS ET SES OBJECTIFS, RÉALISE LES MANDATS QUI LUI SONT CONFIÉS, EN CONFORMITÉ AVEC LES VALEURS QUI ANIMENT SES ACTIONS, ET OPTIMISE SA PRODUCTION COMPTE TENU DES RESSOURCES DONT IL DISPOSE.

Afin de mener à bien l'appréciation du système, nous débutons par une analyse systématique des indicateurs disponibles et de leur mise en commun dans des scores synthétiques. Ces indicateurs et ces scores renseignent non seulement sur les aspects de la performance du système de santé et de services sociaux qui sont favorables, mais aussi sur ceux qui le sont moins et qui méritent une attention particulière pour en déterminer les causes et les solutions possibles. Par ailleurs, nous analysons les indicateurs et les résultats rattachés aux balises illustrant un degré d'excellence à atteindre et comparons la province et ses régions avec d'autres territoires performants. Enfin, un regard est porté sur l'évolution des indicateurs au cours des années.

NOUS ANALYSONS LES INDICATEURS ET LES RÉSULTATS RATTACHÉS AUX BALISES ILLUSTRANT UN DEGRÉ D'EXCELLENCE À ATTEINDRE

Dans le présent document, les fruits de notre analyse globale et intégrée des indicateurs de monitorage de la performance du système de santé et de services sociaux sont exposés. Ces indicateurs sont discutés de manière organisée, selon les fonctions retenues à partir d'un cadre d'appréciation de la performance (CSBE, 2008). Dans ce document sont présentés les indicateurs relatifs aux fonctions d'adaptation, de production, de maintien et développement et, finalement, d'atteinte des buts. Ces indicateurs de monitorage situent, dans un premier temps, le Québec comparativement à l'ensemble du Canada, puis, dans un second temps, illustrent les résultats relatifs à la variabilité de la performance des régions du Québec. Des analyses plus spécifiques du domaine des maladies chroniques, l'objet du rapport de l'année 2010, sont déclinées par la suite. Le document se termine par une présentation des grands constats et des questionnements qui émergent de l'analyse de l'ensemble de ces indicateurs. Une analyse plus détaillée de la performance des régions du Québec est en annexe.

La méthode d'analyse

> La méthode d'analyse

> UN CADRE D'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE

Les systèmes de santé et de services sociaux sont des institutions complexes et dynamiques, composées d'un ensemble vaste et diversifié d'acteurs qui produisent une multitude de services pour des populations présentant des besoins de soins tout aussi complexes et variés. Ainsi, ces systèmes sont en constante évolution : ils se caractérisent par des objectifs multiples, une organisation à plusieurs niveaux et l'interaction de bon nombre d'acteurs interdépendants. Pour comprendre ces systèmes et éclairer la prise de décision relative à leur développement et à leur gestion, nous devons nous pencher sur la façon dont ils sont structurés, les ressources dont ils disposent, les services qu'ils rendent et les résultats qu'ils obtiennent, en plus d'être sensibles au contexte dans lequel ils évoluent.

Un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs, réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui animent ses actions, et optimise sa production compte tenu des ressources dont il dispose. Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ; 2) produire des services pour assurer un volume approprié et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; 3) maintenir et développer ses capacités pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité ; 4) atteindre ses buts, qui émergent des choix de société.

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

La production

La production se caractérise non seulement en fonction des volumes de soins et services, mais aussi en ce qui a trait à leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité – comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible – en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé.

Le maintien et développement

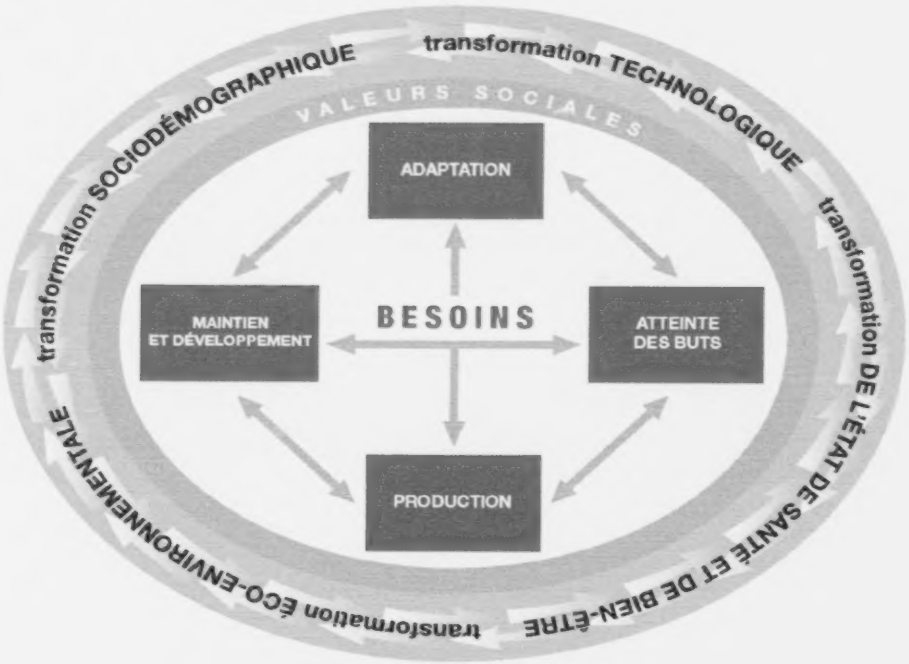
Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, sur les valeurs qui y sont véhiculées et sur la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, réfère à la qualité du fonctionnement des organisations et des systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d'indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction de ses attentes envers les soins et services. Elle comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

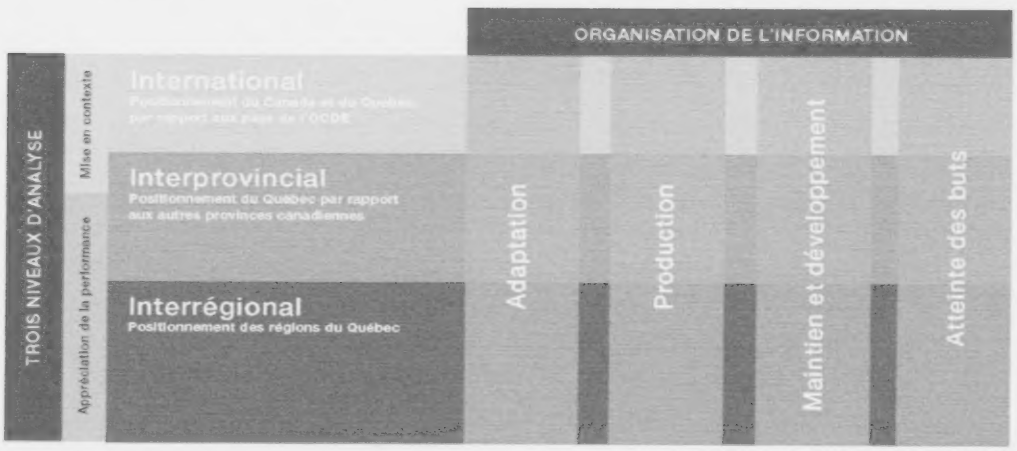
Notre vision de la performance s'inscrit dans la dynamique et l'équilibre entre ces différentes fonctions. Cela signifie, par exemple, que l'atteinte des objectifs n'exige pas un investissement démesuré de ressources, des services inutiles ou la mise en péril de valeurs sociales fondamentales. De plus, cette performance ne s'exerce pas en vase clos, mais s'inscrit plutôt dans un environnement où s'effectuent des transformations sociales, démographiques, technologiques et éco-environnementales qui affectent l'état de santé et le bien-être de la population. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société, qui peuvent inclure, entre autres, des valeurs relatives à la liberté, à la solidarité et à l'équité. L'appréciation de la performance requiert ainsi un ensemble de renseignements provenant de diverses sources, notamment des indicateurs de monitorage et des résultats d'enquêtes. De plus, elle suppose un effort d'intégration plus qu'un simple exercice d'ordonnancement ou d'analyse de quelques indicateurs isolés. La figure 1 illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

Figure 1
CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Notre méthode se base donc sur la synthèse des renseignements disponibles permettant des comparaisons à divers degrés de la performance à l'égard des quatre fonctions des systèmes de santé et de services sociaux. De manière systématique, nous présentons les indicateurs qui permettent de comparer le Québec à d'autres provinces canadiennes ainsi que les régions du Québec entre elles. La figure 2 montre les trois niveaux d'analyse étudiés ainsi que les différentes fonctions du cadre d'analyse de la performance. Dans ce document, nous présentons les données à l'échelle provinciale et régionale. Quant à l'analyse à l'échelle internationale, nous la limitons à certaines constatations pertinentes pour situer la performance du Québec dans un ensemble plus vaste. Cependant, des données à l'échelle internationale sont disponibles dans notre site Internet (www.csbe.gouv.qc.ca).

Figure 2
DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



> UN MODÈLE QUI S'ENRICHIT

En comparaison avec les indicateurs utilisés pour le rapport de 2009 (CSBE, 2009), le cadre d'appréciation s'est enrichi de dix-huit indicateurs pour les comparaisons interprovinciales (quatre en adaptation, trois en production et onze en atteinte des buts) et de dix-sept indicateurs au niveau des régions (sept en adaptation, trois en production et sept en atteinte des buts). Ces indicateurs viennent étayer les sous-dimensions moins bien documentées en 2009. D'ailleurs, l'ajout au niveau provincial d'un indicateur sur les besoins non satisfaits en matière de santé et celui d'un autre sur le sentiment d'appartenance à la communauté ont permis d'introduire l'appréciation des sous-dimensions de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté à l'échelle de la province.

De plus, les nombreux échanges tenus avec divers acteurs provinciaux et régionaux du domaine de la santé ont alimenté une réflexion qui a mené le Commissaire à revoir la répartition de certains indicateurs à l'intérieur des fonctions et des sous-dimensions du

cadre d'appréciation pour mieux refléter la performance du système. Concrètement, cela représente un déplacement de six indicateurs au niveau provincial : la plupart d'entre eux appartenaient à la sous-dimension de la mortalité évitable et sont maintenant intégrés à l'intérieur de l'atteinte des buts. Au niveau régional, ce sont cinq indicateurs qui ont été déplacés, dont trois d'entre eux faisaient partie, en 2009, de la sous-dimension de la mortalité évitable. Les deux autres indicateurs déplacés (proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille et taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus) se trouvent maintenant dans la sous-dimension de l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques. Cette sous-dimension est la résultante de la fusion de l'accessibilité des services médicaux et de l'accessibilité des services diagnostiques.

> LES SOURCES D'INFORMATION ET LES INDICATEURS UTILISÉS

DANS CERTAINS CAS, L'ABSENCE DE DONNÉES POUR LE QUÉBEC NE PERMET PAS DE SE SITUER PAR RAPPORT À D'AUTRES PROVINCES.

Pour dresser le tableau de la performance de notre système de santé et de services sociaux, nous avons recueilli un ensemble important d'indicateurs disponibles. En ce qui a trait aux données interprovinciales, les indicateurs retenus proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Ces indicateurs bénéficient de définitions opérationnelles précises qui balisent le transfert d'information à partir des provinces. En ce qui concerne les données de l'ESCC, une méthode d'enquête uniforme est utilisée à travers le Canada. Relativement à la comparaison des provinces, ces sources d'information sont considérées comme les plus complètes. Cependant, dans certains cas, l'absence de données pour le Québec ne permet pas de se situer par rapport à d'autres provinces ou elle nous force à utiliser des données antérieures aux données les plus récentes.

À l'échelle régionale, les indicateurs ont été alimentés à partir des bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Beaucoup de données sont tirées des bulletins d'information publiés par le Service du développement de l'information (SDI) du MSSS. Ces bulletins sont Info-Sérhum, Info-Bassins, Info-Contour, Info-Org.com, Info-Med-Écho, Info-Sifo et Info-Stats. Pour certains indicateurs particuliers, le bureau du Commissaire a extrait les données des systèmes d'information du MSSS. D'autres indicateurs ont aussi été documentés à même les données transmises par l'Institut national de santé publique du Québec. Enfin, pour quelques indicateurs précis, les données reposent sur de grandes enquêtes, telles que l'ESCC de Statistique Canada et l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec. De multiples renseignements provenant de sondages ou d'autres sources de données ont permis de compléter le tableau.

Les indicateurs relatifs à la fonction d'adaptation sont des indicateurs de dépenses de santé, de densité de ressources humaines, de taux de lits de soins par population, de disponibilité d'appareils d'imagerie et de radio-oncologie, de taux d'hospitalisations, de taux de consultations médicales, de proportion de couverture populationnelle, de rétention et d'attraction de la clientèle. Les indicateurs relatifs à la fonction de production ont trait aux volumes de services rendus, aux durées moyennes de séjour dans les établissements de santé, au nombre de personnes en attente de services, aux délais d'obtention de ces

services, à la réception de services par des sous-groupes de la population, au degré de consommation de services et à l'occurrence de certains événements indésirables. Pour la fonction de maintien et développement, les indicateurs disponibles, essentiellement à l'échelle régionale, ont trait au statut d'emploi des professionnels du réseau, aux heures consacrées à la formation, aux heures travaillées en temps supplémentaire, à celles travaillées par du personnel d'agences privées, à l'absentéisme ainsi qu'au taux de départ du personnel. Finalement, pour la fonction d'atteinte des buts, les indicateurs disponibles concernent diverses mesures d'efficacité dans l'atteinte de résultats en santé globale (facteurs de risque, santé maternelle et infantile, santé mentale, traumatismes, morbidités diverses et mortalité évitable) et certains autres indicateurs sont liés à la satisfaction envers les soins et l'équité. Pour plus d'information, un recueil des sources et des définitions est disponible dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

> LA SÉLECTION DES INDICATEURS

CHAQUE ANNÉE, POUR AMÉLIORER SES OUTILS D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE, LE COMMISSAIRE BONIFIE SON CADRE D'APPRÉCIATION.

Nous avons sélectionné des indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de multiplier inutilement l'information. Les indicateurs ont été retenus selon divers critères, tels que la validité de l'indicateur, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et le fait qu'ils puissent être attribués aux actions du système de santé et de services sociaux. Dans la majorité des cas, les indicateurs disponibles répondent à l'ensemble de ces critères ; toutefois, certains n'y répondent que partiellement. De plus, si beaucoup d'indicateurs sont recensés pour les fonctions d'adaptation, de production et d'atteinte des buts, la fonction de maintien et développement en est moins bien pourvue, principalement en ce qui concerne les données pour d'autres provinces ou pays. En outre, certaines sous-dimensions de notre cadre d'appréciation sont peu documentées par les indicateurs valides. Chaque année, pour améliorer ses outils d'appréciation globale et intégrée de la performance, le Commissaire bonifie son cadre d'appréciation, en collaboration avec divers partenaires des milieux de la recherche et du réseau de la santé et des services sociaux. La liste de nos principaux collaborateurs est disponible dans les sections *Réalisation* et *Remerciements* à la fin de ce document.

> LE CHOIX DES BALISES D'EXCELLENCE

Pour notre analyse, nous avons porté un regard global sur les indicateurs, en basant notre examen sur le degré d'atteinte des balises d'excellence au Québec et dans les différentes régions. Cette analyse systématique et globale permet de porter notre attention sur le degré de performance à l'égard des différentes sous-dimensions plutôt que de procéder à une analyse indicateur par indicateur. Si elle était basée sur chaque indicateur, notre analyse serait à la fois fastidieuse, difficile à communiquer et à interpréter de manière rigoureuse. En effet, chaque indicateur pris isolément n'est qu'un reflet partiel de réalités plus complexes et il est souvent empreint de problèmes de mesure. La prise en considération d'un ensemble plus grand d'indicateurs permet de mieux comprendre la portée des variations relevées et d'avoir une plus grande fiabilité dans la mesure et l'analyse.

UNE BALISE EST UNE DONNÉE « REPÈRE » QUI PERMET DE COMPARER LES RÉSULTATS OBTENUS À UN NIVEAU JUGÉ COMME ÉTANT EXCELLENT OU SIGNE D'UNE BONNE PERFORMANCE

Une balise est une donnée « repère » qui permet de comparer les résultats obtenus à l'égard d'un indicateur ou d'une sous-dimension de la performance à un niveau jugé comme étant excellent ou signe d'une bonne performance. Dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la performance, nous avons opté pour l'établissement de balises de comparaison représentant un degré élevé d'excellence. En général, les balises choisies représentent les meilleurs résultats observés parmi les territoires comparés – le plus élevé pour un indicateur relatif à un événement désirable et le plus bas pour un indicateur ayant rapport à un événement indésirable. À l'échelle interrégionale, il s'agit de la région ayant obtenu le meilleur résultat, alors qu'à l'échelle provinciale, il s'agit de la province présentant les meilleurs résultats à l'égard de l'indicateur ou, dans les cas où certaines provinces s'éloignent de manière importante de l'ensemble des autres provinces (données extrêmes), de la province située au deuxième ou au troisième rang.

Pour chaque indicateur, nous avons calculé le pourcentage d'atteinte de la balise et la moyenne d'atteinte des balises de chaque sous-dimension en donnant à chaque indicateur un poids égal. Par exemple, la proportion d'atteinte de la balise pour une sous-dimension comprenant trois indicateurs est la moyenne d'atteinte de ces trois indicateurs. Cette méthode simple et reproductible permet d'obtenir rapidement un aperçu global qui donne l'occasion de mettre en lumière les aspects pour lesquels une performance favorable ou défavorable est présente.

Si la méthode du balisage a pour avantage de démontrer l'écart au regard de la meilleure performance de son groupe de comparaison, il est important de garder à l'esprit que d'autres éléments permettant de juger de la performance peuvent nuancer les résultats obtenus. C'est pourquoi il faut procéder à des analyses, à l'échelle régionale ou provinciale, qui se rapportent au comparatif québécois ou canadien. Celui-ci est constitué d'une donnée qui tient compte de l'ensemble des cas par rapport à l'ensemble des habitants. Par exemple, le taux de tabagisme pour l'ensemble du Québec comprend tous les fumeurs québécois par rapport à l'ensemble de la population du Québec. Cette donnée de référence est souvent utilisée pour comparer les performances en tenant compte des caractéristiques spécifiques de chaque groupe de comparaison étudié. Plus précisément, il importe de noter qu'un résultat pour une fonction ou une sous-dimension peut être loin de la balise, tout en étant meilleur en comparaison de l'ensemble québécois ou canadien. Il convient aussi de souligner que, pour les résultats agrégés, il est normal qu'aucune région ou province n'atteigne 100 % au total, car cela nécessiterait l'atteinte du meilleur résultat pour chacun des indicateurs composant la sous-dimension ou la fonction étudiée.

> L'ORDONNANCEMENT DES PROVINCES ET DES RÉGIONS

Comme complément à l'utilisation de balises d'excellence, la mesure de rang demeure un outil intéressant pour dresser le tableau de la performance. Par conséquent, pour chacune des analyses, une utilisation fréquente du classement par rang vient agrémenter les résultats afin de les situer dans un univers de comparaison plus large. À cette fin, il est à noter que ces classements se basent sur un ordre décroissant de performance (de la meilleure performance à la moins bonne). L'attribution du premier rang est faite à la province ou à la région présentant la meilleure performance, peu importe le sens de variation de l'indicateur.

COMME COMPLÉMENT À L'UTILISATION DE BALISES D'EXCELLENCE, LA MESURE DE RANG DEMEURE UN OUTIL INTÉRESSANT POUR DRESSER LE TABLEAU DE LA PERFORMANCE.

Pour certaines analyses, le Québec est comparé au Canada et à deux provinces populeuses, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique. Quant aux régions, elles sont regroupées en cinq ensembles : universitaires, en périphérie des régions universitaires, intermédiaires, éloignées et isolées.

> UNE ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA PERFORMANCE DANS LE TEMPS

Nous avons procédé à une analyse systématique de l'évolution dans le temps des indicateurs et des degrés d'atteinte des balises d'excellence. Cette analyse temporelle vient caractériser les résultats en permettant de voir dans quelle mesure la performance s'améliore ou se détériore dans le temps au Québec comparativement à l'ensemble du Canada, de même que dans les régions du Québec par rapport à l'ensemble de la province. Les indicateurs ont été analysés par rapport à leur variation dans le temps en comparant les résultats obtenus à trois périodes différentes au cours des dix dernières années (période 1 – 2000-2003 ; période 2 – 2004-2006 ; période 3 – 2007-2009). Les périodes retenues pour le calcul ont varié en fonction de critères liés à la disponibilité des données et à leur cycle de publication. Certains indicateurs n'ont pu être retenus dans ce cadre pour des raisons d'ordre méthodologique. Par exemple, certaines données n'étaient pas disponibles pour les différentes périodes. Cette méthode permet de comparer l'évolution des données dans les dernières années pour les provinces et les régions, tout en offrant l'avantage de fournir des résultats agrégés par sous-dimension ou fonction. Les informations sur l'évolution temporelle de chaque indicateur sont disponibles dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

LES INDICATEURS ONT ÉTÉ ANALYSÉS PAR RAPPORT À LEUR VARIATION DANS LE TEMPS EN COMPARANT LES RÉSULTATS OBTENUS À TROIS PÉRIODES DIFFÉRENTES AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES.

> LES LIMITES DE L'ANALYSE ET DE L'APPROCHE

L'analyse d'indicateurs de monitorage comporte toujours des limites sur le plan de la méthode. Notre démarche n'en est pas exempte. Parmi ces limites, certaines méritent une attention particulière. Malgré le fait que nous avons recensé les indicateurs disponibles les plus valides, ceux-ci étant le reflet de divers aspects de l'action des systèmes de santé et de services sociaux, et que nous les avons mis en relation en adoptant un cadre systématique et global d'analyse, ils demeurent limités dans leur capacité à traduire la complexité du système de santé et de services sociaux.

Aussi, même si les indicateurs présentés offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, ils peuvent comporter des écarts temporels qui varient d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes ou de la fréquence des mises à jour des données publiées. C'est pourquoi les années des données utilisées pour chaque indicateur sont inscrites dans les tableaux et certains taux reposent sur une moyenne de plusieurs années afin d'en augmenter la validité sur le plan statistique.

BIEN QUE LES INDICATEURS PERMETTENT DE RECONNAÎTRE DES ÉCARTS ENTRE LES TERRITOIRES COMPARÉS OU DES ÉCARTS DANS LE TEMPS, ILS NE PERMETTENT PAS DE COMPRENDRE LES RAISONS QUI EXPLIQUENT CES ÉCARTS.

De plus, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou des écarts dans le temps, ils ne permettent pas de comprendre les raisons qui expliquent ces écarts. Rappelons que, bien que nous ayons recensé un nombre important d'indicateurs, certaines fonctions et sous-dimensions de la performance demeurent mieux documentées que d'autres, principalement à cause de la disponibilité des données.

De manière plus spécifique, l'analyse de l'acquisition des ressources dans le modèle d'appréciation du Commissaire se base sur les données portant sur les ressources financières et humaines et les ressources d'infrastructures. Toutefois, il est important de considérer que le lieu où les soins sont donnés ne correspond pas toujours à la région d'origine du bénéficiaire et vice versa, ce que l'on qualifie comme étant la mobilité interrégionale des usagers du système de santé et de services sociaux québécois. Cela est d'autant plus vrai pour les régions ayant une mission suprarégionale, telles les régions universitaires. Celles-ci accueillent beaucoup de patients venant d'autres régions du Québec, qui nécessitent, en moyenne, des soins plus spécialisés, donc plus coûteux. L'interprétation des données d'acquisition des ressources doit toujours être faite avec prudence à l'échelle interrégionale.

Une analyse de la sensibilité du modèle d'appréciation du Commissaire a également été faite afin de déterminer les répercussions des regroupements d'indicateurs obtenus par rapport aux observations de performance qui auraient pu découler des indicateurs si chacun d'eux avait été comptabilisé sans tenir compte des sous-dimensions du modèle. Par exemple, au niveau provincial, l'analyse de sensibilité a permis de constater une variation potentielle des résultats plus forte pour l'adaptation, soit une variation allant de -4,3 % à 4,9 %, que pour les fonctions de production, avec une variation de -1,4 % à 1,1 %, et d'atteinte des buts, qui varie de -1,3 % à 0,9 %. L'écart de sensibilité plus élevé pour la fonction de l'adaptation s'explique par l'ajout des sous-dimensions de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté, qui contiennent chacune un seul indicateur pour le moment. Néanmoins, la variation des résultats pour la donnée de l'ensemble du Canada ne varie que de 0,1 % pour l'adaptation et la production ainsi que de -0,3 % pour l'atteinte des buts.

De plus, nous avons adopté une méthode simple de calcul des scores moyens par fonction et sous-dimension, dans laquelle les indicateurs ont tous le même poids. Bien que nos analyses de sensibilité suggèrent que les scores moyens varient peu en présence d'un ensemble si vaste d'indicateurs, l'introduction de pondérations, pour mettre l'accent sur certains indicateurs particuliers ou certaines sous-dimensions, pourrait donner des résultats différents.

Par ailleurs, puisque plusieurs de nos analyses reposent sur des données quantitatives fiables, à jour et comparables, la disponibilité de telles données devient une condition essentielle au processus d'appréciation mené par le Commissaire à la santé et au bien-être à l'égard du système québécois de santé et de services sociaux. Or, le volet interprovincial de l'analyse menée par le Commissaire, qui dépend principalement des données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), permet de constater que les données pour le Québec sont souvent manquantes ou inutilisables, surtout celles ayant trait aux années les plus récentes (2007-2008). Ce problème touche particulièrement les données sur l'état de santé, les résultats cliniques et le rendement du système de santé. Les statistiques sur les soins de première ligne, qui incluent tout le secteur ambulatoire, dont les cliniques externes, les cabinets privés et les urgences d'hôpitaux, sont aussi difficiles à obtenir. Les causes de ce problème sont de deux ordres principaux : premièrement, les différences dans la collecte des données entre le Québec et les autres provinces et, deuxièmement, la non-disponibilité de plusieurs données du Québec au moment de la publication du rapport de l'ICIS.

Par conséquent, le Commissaire se voit souvent obligé d'utiliser des données plus anciennes que celles qui sont disponibles pour toutes les autres provinces, et ce, à cause du retard du Québec dans la publication de ses statistiques. De plus, il doit parfois renoncer à des comparaisons qui seraient pourtant très éclairantes, faute de données récentes ou comparables. Bref, nous constatons au fil de nos analyses l'importance capitale de disposer de données fiables, à jour et comparables. De telles données permettent de mieux connaître notre système et de le comparer selon différents aspects pour pouvoir ainsi l'améliorer.

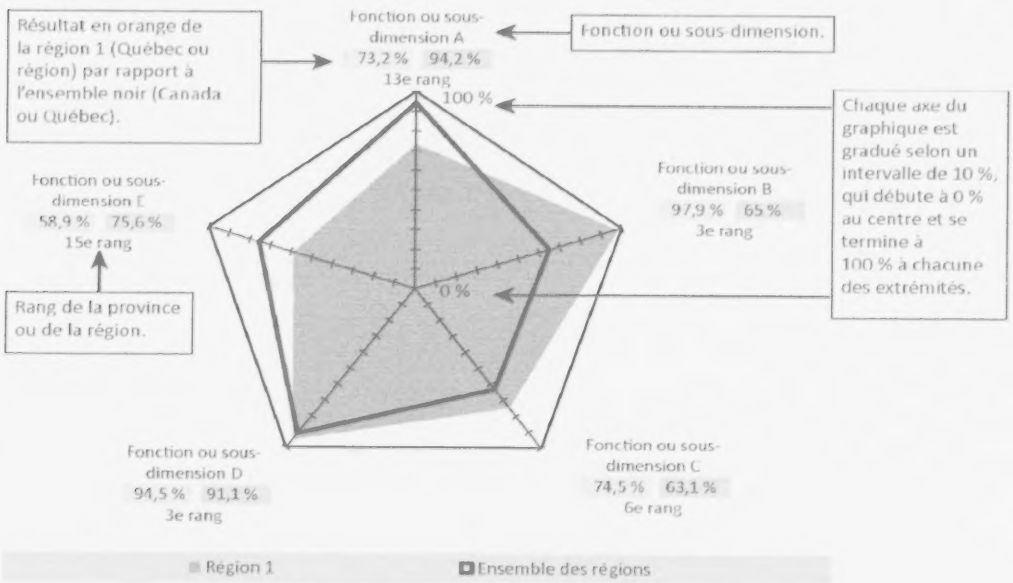
LES ANALYSES PRÉSENTÉES DANS LE RAPPORT ONT POUR OBJECTIF DE STIMULER LA DISCUSSION D'UN ENSEMBLE D'INTERVENANTS DU RÉSEAU POUR MIEUX EN COMPRENDRE LA SIGNIFICATION ET LES AMÉLIORATIONS À Y APPORTER DANS LE FUTUR.

Finalement, malgré ces limites inhérentes à l'exercice de monitorage de systèmes complexes à l'aide d'indicateurs essentiellement quantitatifs, les analyses présentées dans ce rapport ont pour objectif de stimuler la discussion d'un ensemble d'intervenants du réseau pour mieux en comprendre la signification et les améliorations à y apporter dans le futur.

Les graphiques radars

Le graphique radar de performance est utilisé pour présenter les résultats en pourcentage d'atteinte des balises d'excellence. Plus la surface couverte par l'aire orangée ou par l'aire délimitée par la ligne noire en gras est grande, plus le pourcentage d'atteinte de la balise est élevé, donc meilleure est la performance (figure 3). Le niveau exact d'atteinte des balises est aussi présenté sous le titre de chaque sous-dimension. Chaque axe du graphique est gradué selon un intervalle de 10%, qui débute à 0% au centre et se termine à 100% à chacune des extrémités. Le rang[1] de la province ou de la région analysée est aussi présenté.

Figure 3
EXEMPLE DE GRAPHIQUE RADAR



1. Dans le présent document, en raison de contraintes techniques, le rang n'est pas indiqué sous la forme d'un exposant.

Les graphiques d'évolution temporelle

Le graphique d'évolution temporelle de balisage présente la tendance dans le temps calculée pour trois périodes. Nous avons obtenu des résultats (en pourcentage d'atteinte de la balise) en appliquant le cadre d'appréciation du Commissaire à des données publiées antérieurement (de 2000 à 2009) (figure 4). La liste complète des années utilisées pour les calculs des périodes pour chaque indicateur est disponible parmi les documents complémentaires de la section *Statistiques* du site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

Que signifient les périodes 1, 2 et 3 utilisées dans les graphiques?

Les périodes que l'on trouve dans les graphiques de balisage temporel sont avant tout des indices de référence quant aux années utilisées pour les calculs. Ces périodes permettent de calculer un résultat agrégé issu de plusieurs indicateurs souvent soumis à des cycles de publication différents les uns des autres.

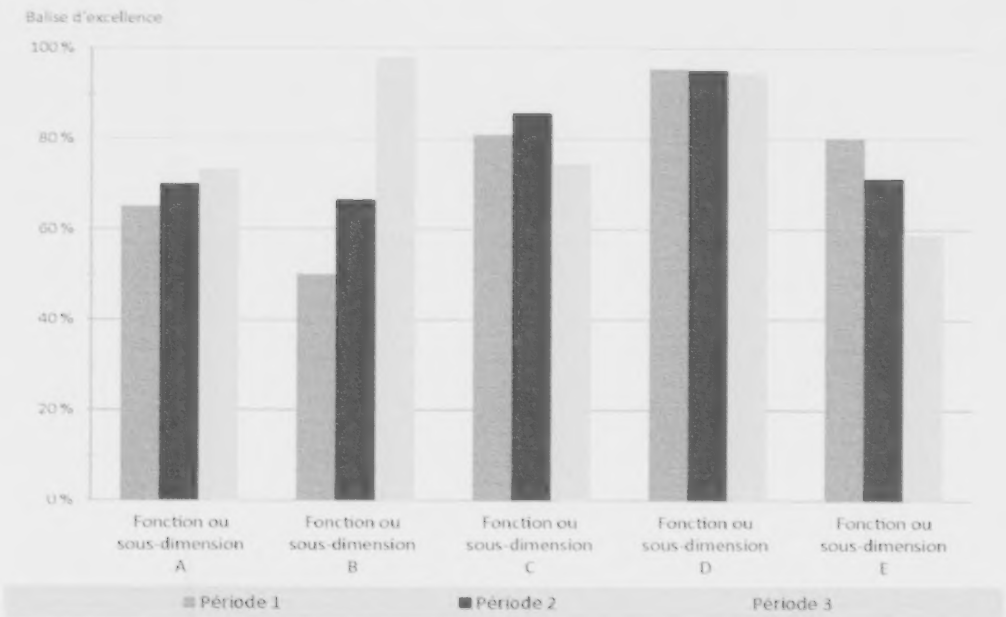
Dans la plupart des cas, la période 1 correspond à l'année 2002, la période 2 équivaut à l'année 2005 et, finalement, la période 3 réfère à l'année la plus récente de données, soit habituellement 2008. Néanmoins, les années utilisées pour chacune des périodes varient en fonction de la disponibilité des données et de leur cycle de publication. Ainsi, lorsque l'utilisation des années 2002, 2005 et 2008 n'a pas été possible, nous avons utilisé des années substituts conservant le même écart d'années entre chacune des périodes et se situant à l'intérieur d'une plage qui va de 2000 à 2009, par exemple 2001, 2004 et 2007.

Pour les indicateurs n'ayant que trois années de données, celles-ci ont été utilisées pour représenter chacune des périodes. Lorsque seulement deux années de données étaient disponibles, elles ont été placées en période 1 et en période 3, alors que la période 2 est le résultat d'une interpolation des deux données disponibles. Enfin, dans les rares cas où nous possédions seulement une année de données, celle-ci a simplement été reproduite pour les trois périodes afin de garder le même ensemble d'indicateurs pour chacune des périodes dans le but de ne pas nuire à la comparabilité des périodes. Pour chaque indicateur, les informations sont disponibles dans le site Internet du Commissaire.

Lors de l'interprétation du graphique, il est important de noter qu'une tendance décroissante peut être la résultante d'une détérioration de la performance de la région étudiée, tout comme elle peut être le reflet de balises plus élevées, ce qui crée une distance entre la région et la balise d'excellence. Bref, il se peut qu'une région s'éloigne de la balise d'excellence même si, en termes absolus, elle peut avoir connu une amélioration.

Figure 4

EXEMPLE DE GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION TEMPORELLE

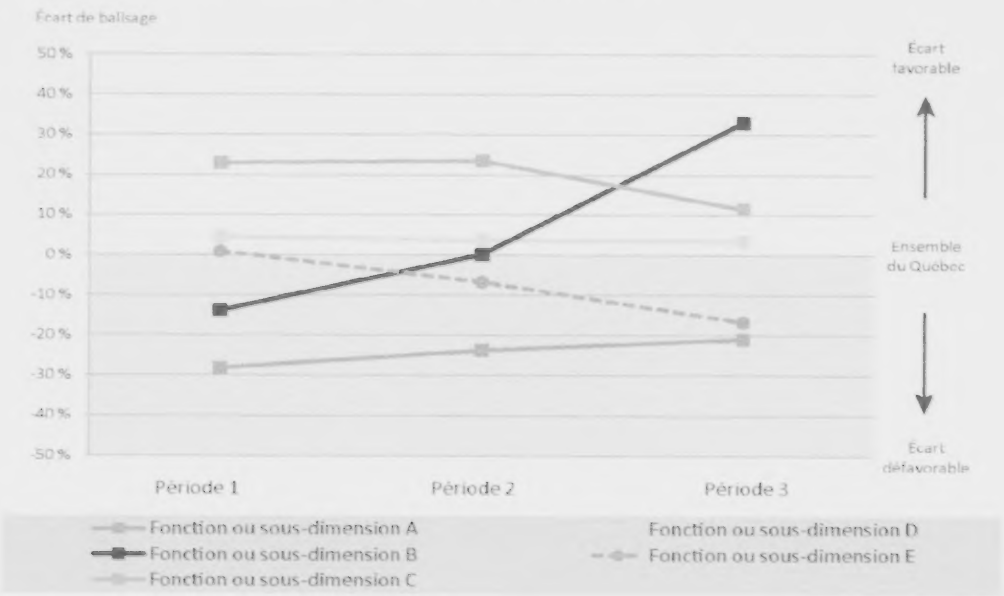


Les graphiques d'évolution de l'écart relatif de balisage

Les informations du graphique suivant sont présentées en fonction d'un écart relatif de balisage. Dans le cas du Québec, l'écart (en pourcentage d'atteinte des balises) se calcule par rapport au résultat du Canada, alors que lorsqu'il s'agit d'une région sociosanitaire, il réfère plutôt au résultat obtenu par l'ensemble du Québec (figure 5). La moitié supérieure du graphique correspond aux résultats se distinguant favorablement, alors que la moitié inférieure ombrée représente les résultats se situant sous ceux de l'ensemble du Canada ou du Québec, selon le cas. Il est également possible, à partir de ce graphique, de saisir l'évolution temporelle de l'écart de balisage relatif en fonction des trois périodes. Par exemple, la fonction B a un écart défavorable de 15% pour la période 1 et un écart favorable de 33% pour la période 3. Il y a donc eu une amélioration très importante par rapport à l'ensemble du Québec.

Figure 5

EXEMPLE DE GRAPHIQUE D'ÉVOLUTION DE L'ÉCART RELATIF DE BALISAGE

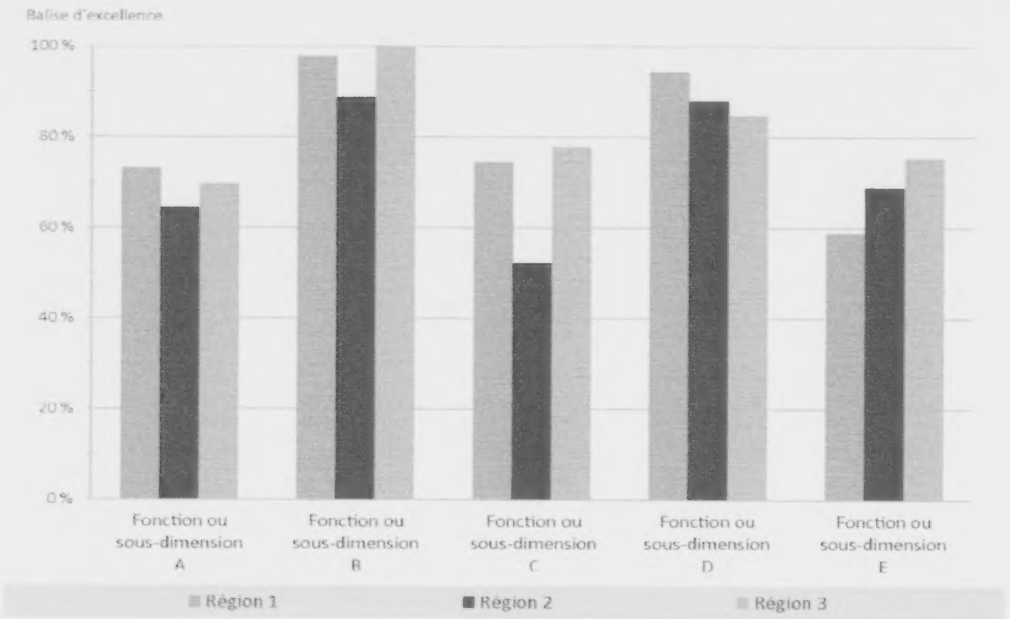


Les graphiques de comparaison entre régions

Ce dernier graphique reprend les résultats en pourcentage d'atteinte de la balise pour la dernière année disponible (ce qui équivaut à la période 3) en les comparant à ceux des autres provinces ou régions jugées similaires (figure 6). Au niveau provincial, le Québec est comparé à l'Ontario et à la Colombie-Britannique, car ce sont des provinces suffisamment populeuses pour établir une comparaison cohérente. Au niveau interrégional, les regroupements sont les mêmes que ceux précédemment utilisés, soit les régions universitaires, les régions en périphérie des régions universitaires, les régions intermédiaires, les régions éloignées et les régions isolées.

Figure 6

EXEMPLE DE GRAPHIQUE DE COMPARAISON ENTRE RÉGIONS



Pour en savoir davantage

Pour profiter de l'ensemble des tableaux de données et de balisage mis à jour de manière cyclique ainsi que d'un ensemble plus complet de produits d'évaluation de la performance, vous pouvez visiter périodiquement le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca). Vous y trouverez également de plus amples renseignements au sujet des indicateurs, tels que leur source exacte, leur définition, les données et les périodes utilisées dans les calculs.

La performance du système de santé et de services sociaux du Québec

> La performance du système de santé et de services sociaux du Québec

LA SECTION PRÉCÉDENTE A FAIT ÉTAT DE LA MÉTHODE QUE NOUS AVONS UTILISÉE POUR ANALYSER L'ENSEMBLE DES INDICATEURS DISPONIBLES À L'ÉGARD DES DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA PERFORMANCE. DANS CETTE SECTION, NOUS PRÉSENTONS UN TABLEAU DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS À L'ÉCHELLE PROVINCIALE ET À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC, SELON LE CADRE D'ANALYSE QUE NOUS AVONS ADOPTÉ. NOUS INTRODUISONS ÉGALEMENT DES GRAPHIQUES RADARS, DANS LESQUELS NOUS ANALYSONS LA PROPORTION D'ATTEINTE DES BALISES DE COMPARAISON, PAR FONCTION ET SOUS-DIMENSION DE LA PERFORMANCE. DE PLUS, QUELQUES GRAPHIQUES ILLUSTRENT L'ÉVOLUTION TEMPORELLE DE LA PERFORMANCE. FINALEMENT, DES GRAPHIQUES MONTRENT L'ÉCART PRÉSENTÉ EN CE QUI A TRAIT AUX DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA PERFORMANCE ENTRE LE QUÉBEC, L'ENSEMBLE CANADIEN ET LES PROVINCES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE ET DE L'ONTARIO.

> LA PERFORMANCE GLOBALE ET INTÉGRÉE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Dans cette section, nous illustrons les résultats de notre analyse des indicateurs de monitorage pour chacune des fonctions de notre cadre d'appréciation et la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux. Nous portons un regard sur les différents indicateurs provenant des tableaux de monitorage, de même que sur les résultats spécifiques des sous-dimensions de chaque fonction et de leur évolution dans le temps. Nous trouvons, tel qu'il a déjà été mentionné, un nombre beaucoup moins important d'indicateurs disponibles et comparables relatifs à la fonction de maintien et développement. En conséquence, cette fonction n'a pas pu être ici l'objet d'un traitement statistique aussi développé.

L'adaptation : niveaux et structuration des ressources

L'adaptation fait référence à la capacité de structurer ou de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit aussi l'aptitude à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, notamment aux transformations en cours. La capacité à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle en sont aussi d'autres sous-dimensions.

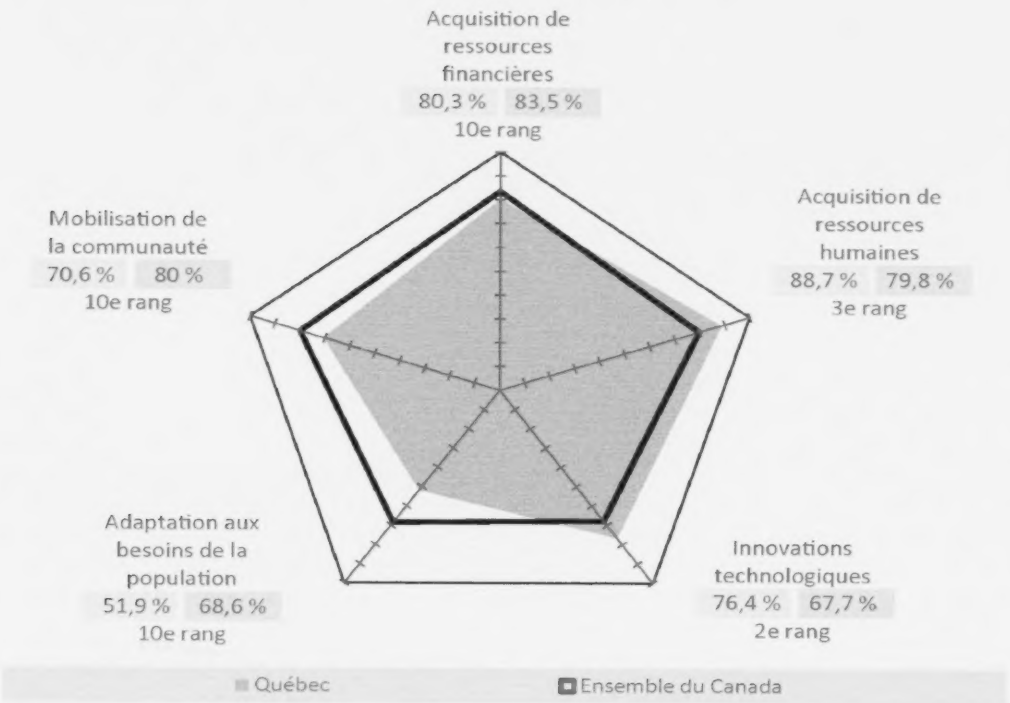
Dans le cadre de notre analyse, cinq sous-dimensions de l'adaptation ont été appréciées à l'aide des indicateurs disponibles et comparables à l'échelle des provinces. La présente section aborde la position du Québec en ce qui concerne l'acquisition des ressources financières, l'acquisition des ressources humaines, les innovations technologiques, l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté. Les indicateurs disponibles, qui permettent de comparer le Québec aux autres provinces canadiennes, sont principalement des indicateurs relatifs aux dépenses de santé, aux taux de ressources médicales et infirmières, au nombre d'examens en imagerie et au taux d'appareils d'imagerie, à la présence de besoins non comblés dans la population ainsi qu'au sentiment d'appartenance des personnes envers leur communauté. Les douze indicateurs considérés pour cette fonction sont présentés au tableau P1 à la fin de cette section.

SI LA POSITION DU QUÉBEC EST FAVORABLE QUANT AUX TAUX DE MÉDECINS DE FAMILLE ET DE SPÉCIALISTES PAR HABITANT, SA POSITION L'EST MOINS EN CE QUI CONCERNE LES DÉPENSES DE SANTÉ, LA MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ ET LA PROPORTION DE PERSONNES QUI DÉCLARENT DES BESOINS NON COMBLÉS.

Au sein de l'ensemble canadien, le Québec occupe une position très variable en ce qui a trait aux divers indicateurs d'adaptation. En effet, si la position du Québec est favorable quant aux taux de médecins de famille et de spécialistes par habitant (deuxième rang à plus de 90 % d'atteinte de la balise d'excellence), sa position l'est moins en ce qui concerne les dépenses de santé, la mobilisation de la communauté et la proportion de personnes qui déclarent des besoins non comblés en matière de soins, pour lesquelles le Québec occupe le dernier rang des provinces canadiennes. En ce qui a trait au taux d'infirmières par habitant, le Québec se situe au septième rang avec une proportion d'atteinte des balises de 77 %. Ainsi, ses résultats pour la fonction d'adaptation varient grandement d'une sous-dimension à l'autre : ils vont de 51,9 % pour l'adaptation aux besoins de la population à 88,7 % pour l'acquisition des ressources humaines (figure 7).

Figure 7

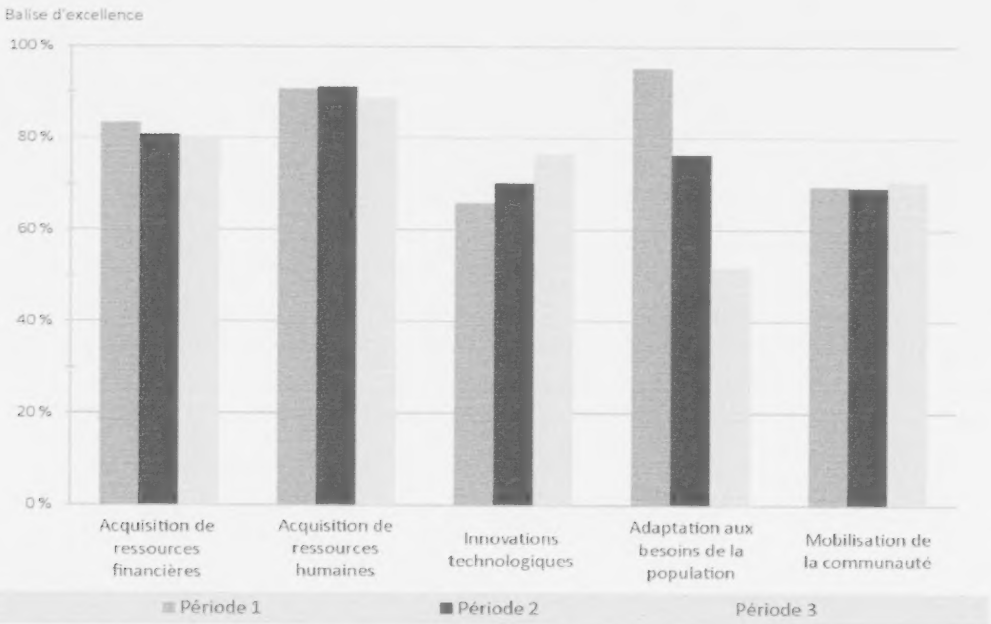
DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



L'analyse des tendances temporelles révèle un recul de la performance au Québec en ce qui concerne l'adaptation en général, à l'exception des innovations technologiques, qui connaissent une bonne croissance (figure 8). En effet, les sous-dimensions d'acquisition de ressources financières et humaines ne présentent que peu de changements ; elles font même état d'une légère régression dans l'atteinte des balises d'excellence. L'adaptation aux besoins de la population, quant à elle, présente une importante décroissance au cours des dernières années, puisque le Québec est la seule province dont la proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé a augmenté de 2001 à 2008, alors que les autres provinces se sont toutes améliorées à cet égard, ce qui a augmenté la balise d'excellence par la même occasion. De plus, comme cet indicateur est le seul pour la sous-dimension de l'adaptation aux besoins de la population, l'écart observé se reflète directement sur le résultat de cette sous-dimension, ce qui le fait paraître d'autant plus important.

Figure 8

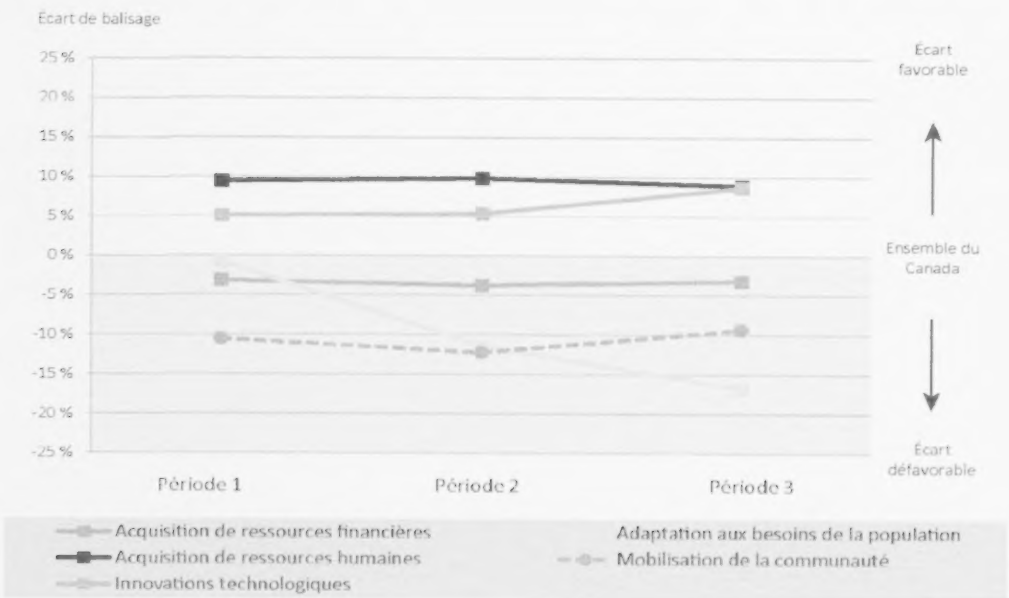
ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



L'amélioration de la performance du Québec à l'égard des innovations technologiques a permis d'accentuer l'écart relatif, qui était déjà favorable, avec la moyenne de l'ensemble du Canada. Les autres sous-dimensions de l'adaptation sont relativement stables dans le temps comparativement à la moyenne canadienne, à l'exception de l'adaptation aux besoins de la population, qui a chuté passablement au cours des périodes étudiées (figure 9).

Figure 9

ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



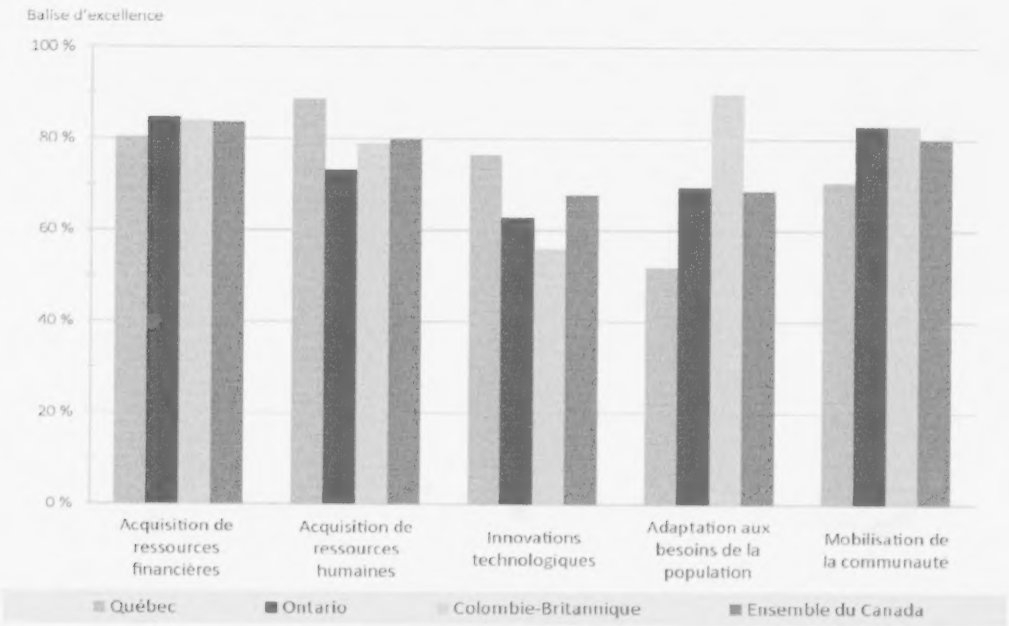
Lorsque nous comparons le Québec aux deux autres provinces les plus populeuses, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique, certaines caractéristiques du Québec ont un contraste marqué par rapport à ces deux provinces (figure 10). Si le Québec investit moins en matière de ressources financières, un fait connu depuis déjà plusieurs années, son investissement en ressources humaines le situe très favorablement comparativement à l'Ontario et à la Colombie-Britannique. Cela illustre le paradoxe d'un faible investissement financier dans un contexte d'acquisition relativement élevé en ressources humaines, un paradoxe qui pourrait être lié aux disparités économiques, aux écarts du coût de la vie et des salaires ainsi qu'aux variations de pratique entre les provinces. Il est connu qu'il y a plus de médecins au Québec et qu'ils travaillent moins d'heures ; il y a également moins d'infirmières. Ces aspects peuvent aussi expliquer le paradoxe de l'investissement moindre et de la disparité plus grande en ressources humaines.

Ces comparaisons à l'échelle provinciale révèlent également la position favorable du Québec en innovations technologiques, une sous-dimension pour laquelle les deux autres provinces canadiennes comparées se situent en dessous de la moyenne canadienne en ce qui a trait à l'atteinte des balises d'excellence. Par ailleurs, l'écart entre le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique est marqué en ce qui concerne la mobilisation de la communauté et l'adaptation aux besoins de la population (figure 10). Notons enfin que la sous-dimension concernant l'adaptation aux besoins de la population reflète la déclaration de besoins non comblés de services de santé et de services sociaux. La position du Québec et la détérioration dans les dernières années de cet indicateur pourraient découler de la difficulté de plus en plus grande à obtenir des médecins de famille.

L'ÉCART ENTRE LE QUÉBEC, L'ONTARIO ET LA COLOMBIE-BRITANNIQUE EST MARQUÉ EN CE QUI CONCERNE LA MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ ET L'ADAPTATION AUX BESOINS DE LA POPULATION.

Figure 10

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



La production : prodiguer une quantité appropriée de services de qualité

La production se caractérise non seulement en fonction du volume de soins et services, mais aussi en ce qui a trait à l'optimisation des volumes en fonction des ressources investies (la productivité) et à la coordination des services, qui en permettent un agencement cohérent, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu.

Dans le contexte de notre analyse, la fonction de production a été subdivisée en cinq sous-dimensions, soit l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, l'accessibilité des services préventifs, l'accessibilité des services chirurgicaux, la qualité et la productivité.

Les seize indicateurs disponibles pour cette fonction ont trait, entre autres, à la proportion de personnes qui ont un médecin de famille, au temps d'attente pour certains types de services, à l'accessibilité des services préventifs, aux taux de certaines interventions médicales et chirurgicales, au taux d'hospitalisations, à la durée des interventions et à la productivité (tableau P2 à la fin de cette section). Encore une fois, la position du Québec varie en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux sous-dimensions de la production (figure 11).

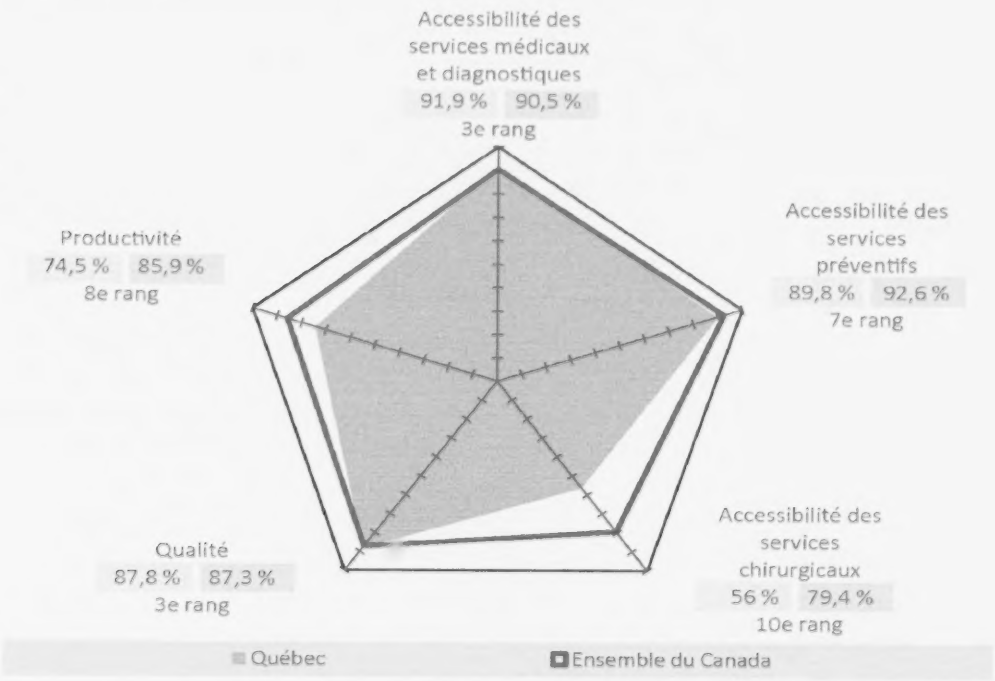
LES INDICATEURS RELATIFS AU TEMPS D'ATTENTE POUR L'OBTENTION DE SERVICES DIAGNOSTIQUES OU LES VISITES EN SPÉCIALITÉS PLACENT LE QUÉBEC DANS UNE POSITION FAVORABLE, MAIS...

Si les indicateurs relatifs au temps d'attente pour l'obtention de services diagnostiques ou les visites en spécialités placent le Québec dans une position favorable (deuxième rang avec plus de 94% d'atteinte des balises d'excellence), il en est autrement pour les indicateurs relatifs à l'affiliation au médecin de famille, à la réception du test de Pap, aux taux ajustés d'arthroplasties de la hanche et du genou ainsi qu'à la proportion de la population ayant consulté un médecin. En fait, selon les données de 2005 disponibles au moment des calculs, le Québec se situe au dernier rang parmi les provinces canadiennes pour l'accessibilité des services chirurgicaux : il atteint les balises d'excellence dans une proportion de 56%, alors que le taux canadien moyen est de 79%.

Les résultats moyens d'atteinte des balises d'excellence des sous-dimensions de la production varient de 56%, en ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux, à 92%, à l'égard de l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, selon l'analyse des indicateurs disponibles.

Figure 11

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



Il importe de noter que certaines positions défavorables du Québec ne signifient pas toujours une performance faible, puisque certains de ces indicateurs ont des degrés très élevés d'atteinte des balises d'excellence, comme c'est le cas pour la proportion de la population ayant consulté un médecin (92% d'atteinte).

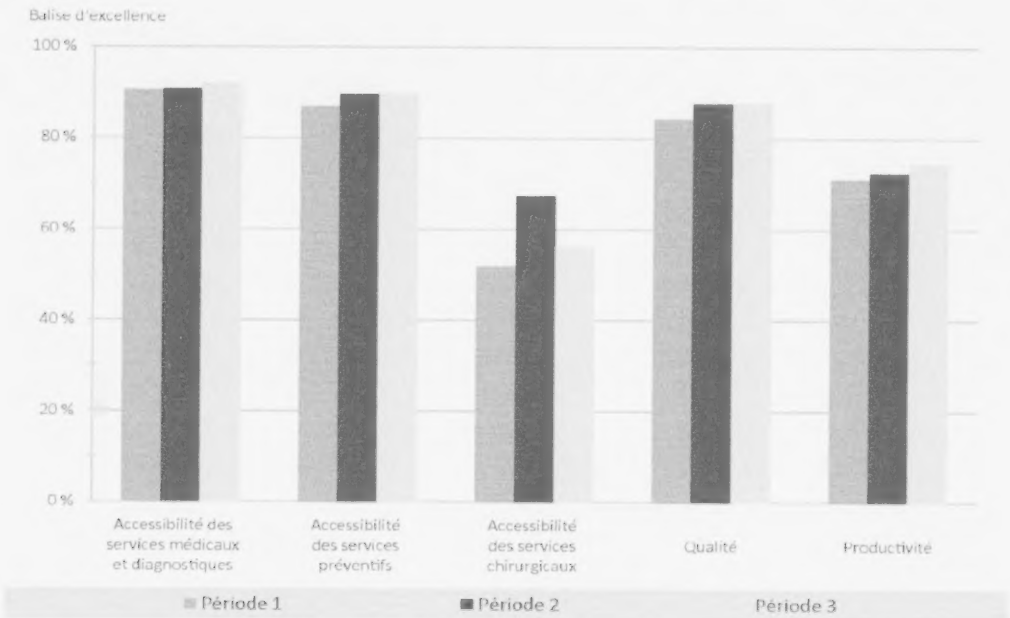
L'analyse des tendances temporelles révèle, par ailleurs, une performance stable ou en croissance en ce qui concerne les sous-dimensions de la production au Québec, à l'exception de la sous-dimension de l'accessibilité des services chirurgicaux (figure 12).

En effet, les degrés moyens d'atteinte des balises se sont accrus au cours des périodes comparées en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, l'accessibilité des services préventifs, la qualité et la productivité. Par ailleurs, l'accessibilité des services chirurgicaux présente une proportion d'atteinte des balises d'excellence variable et sensiblement plus basse que celle des autres sous-dimensions.

LES DEGRÉS MOYENS D'ATTEINTE DES BALISES SE SONT ACCRUS AU COURS DES PÉRIODES COMPARÉES EN CE QUI CONCERNE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX ET DIAGNOSTIQUES, L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES PRÉVENTIFS, LA QUALITÉ ET LA PRODUCTIVITÉ

Figure 12

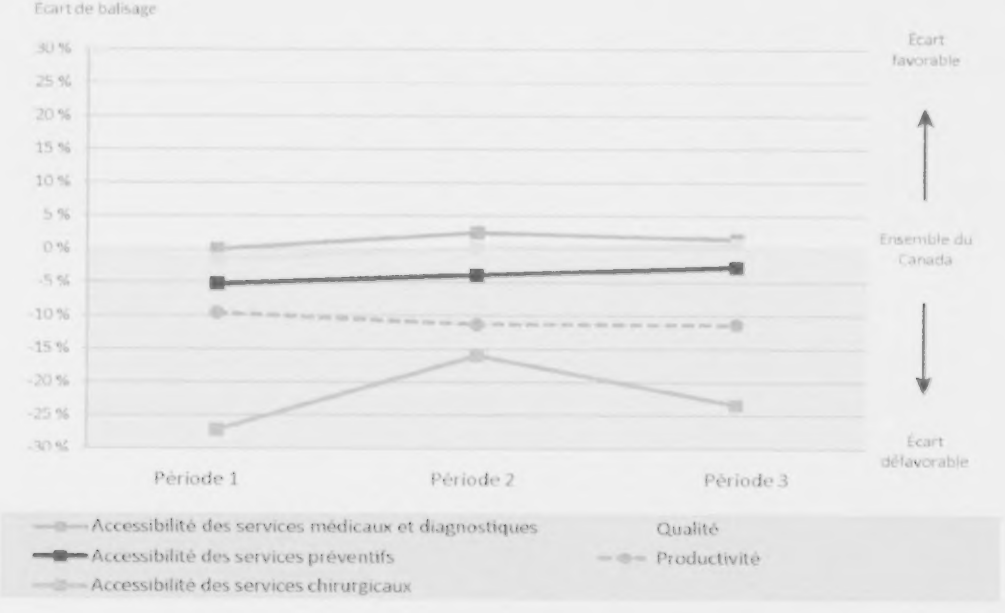
ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



Ces améliorations de la performance relative du Québec à l'égard de plusieurs sous-dimensions de la production permettent au Québec de se maintenir dans la moyenne canadienne. Par ailleurs, en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques ainsi que la qualité, nous observons que les gains de production se traduisent par une position maintenant supérieure au Québec comparativement à l'ensemble canadien, alors que la performance de la province pour les autres sous-dimensions de la production se situe toujours en dessous de la moyenne canadienne (figure 13).

Figure 13

ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION DE PRODUCTION

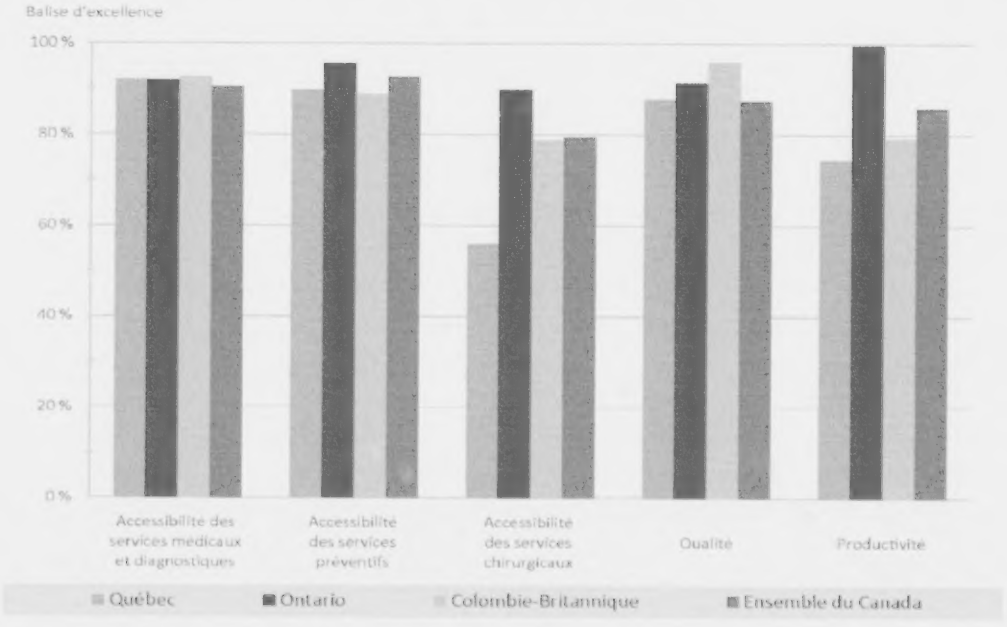


LORSQUE LE QUÉBEC EST COMPARÉ À L'ONTARIO ET À LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, IL OBTIENT DES RÉSULTATS DÉFAVORABLES EN CE QUI CONCERNE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES CHIRURGICAUX ET LA PRODUCTIVITÉ

Finalement, lorsque le Québec est comparé à l'Ontario et à la Colombie-Britannique, nous observons que l'Ontario obtient des niveaux élevés d'atteinte des balises d'excellence quant à la production dans son ensemble et qu'il se distingue particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité des services préventifs, à l'accessibilité des services chirurgicaux et à la productivité (figure 14). Le Québec présente des résultats similaires à ces provinces pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques et la qualité des services. Par contre, ici encore, le Québec obtient des résultats défavorables comparativement à ceux de ces deux provinces en ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux et la productivité (figure 14).

Figure 14

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



L'atteinte des buts : améliorer la santé et répondre aux attentes des personnes

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de la santé et des services sociaux, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction des attentes de celle-ci envers les soins et services.

Dans le contexte de notre analyse, la fonction d'atteinte des buts a été subdivisée en sept sous-dimensions, soit l'efficacité relative à la santé globale, l'efficacité relative aux facteurs de risque, l'efficacité relative à la santé maternelle et infantile, l'efficacité relative à la santé mentale, l'efficacité relative aux traumatismes, l'efficacité relative aux morbidités et, finalement, la satisfaction globale. L'atteinte des buts est la fonction la plus documentée quant à la quantité d'indicateurs analysés, soit 31 (tableau P3 à la fin de cette section).

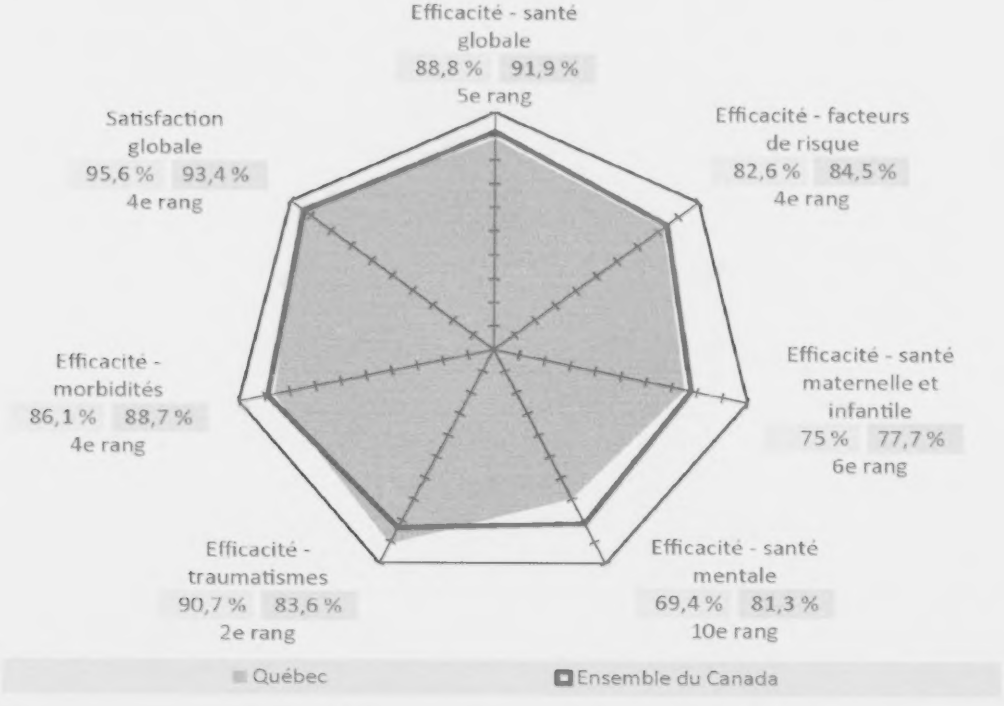
Ici encore, la position du Québec varie en ce qui a trait à l'atteinte des buts. Plusieurs indicateurs d'atteinte des buts permettent de placer le Québec parmi les provinces qui présentent les plus hauts degrés d'atteinte des balises d'excellence, telles que l'espérance de vie à la naissance, la prévalence de l'obésité, les naissances de faible poids, la perception de la santé mentale, des indicateurs liés aux traumatismes et aux années potentielles de vie perdues liées aux maladies de l'appareil circulatoire. Par ailleurs, le Québec atteint des résultats

PLUSIEURS INDICATEURS D'ATTEINTE DES BUTS PERMETTENT DE PLACER LE QUÉBEC PARMI LES PROVINCES QUI PRÉSENTENT LES PLUS HAUTS DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES D'EXCELLENCE

moins favorables en ce qui concerne l'indice fonctionnel global de santé, les indicateurs relatifs au phénomène du suicide, les années potentielles de vie perdues dues au cancer, la mortalité néonatale et la proportion de la population qui est inactive. Par contre, pour ces derniers indicateurs, le système de soins joue un rôle relativement modeste.

Cette variabilité de la position du Québec à l'égard des indicateurs d'atteinte des buts se traduit par des degrés moyens d'atteinte des balises d'excellence, qui varient de 69% en ce qui concerne l'efficacité relative à la santé mentale à près de 96% en ce qui a trait à la satisfaction globale des personnes envers le système de santé, une sous-dimension pour laquelle, par ailleurs, l'ensemble des provinces atteint des niveaux élevés (figure 15).

Figure 15
DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



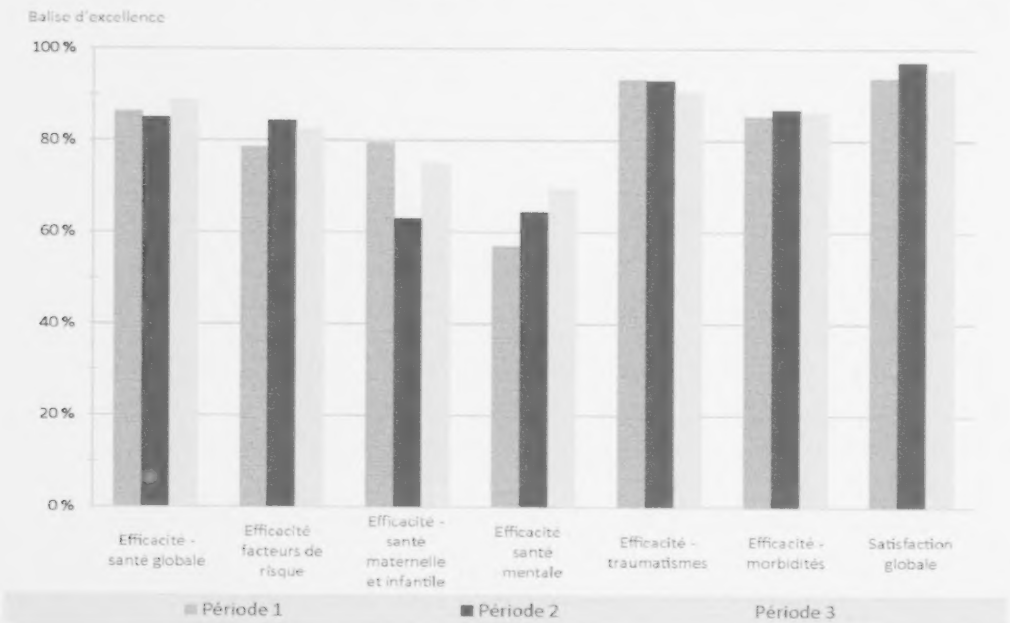
Dans l'ensemble, le Québec se situe dans la moyenne pour plusieurs sous-dimensions de l'atteinte des buts, à l'exception de l'efficacité relative aux traumatismes, pour laquelle il occupe la deuxième position, et de l'efficacité relative à la santé mentale, pour laquelle il se trouve en dernière position.

L'analyse des tendances temporelles révèle, par ailleurs, une évolution variable de la performance dans le temps selon les différentes sous-dimensions de l'atteinte des buts (figure 16). En effet, si la performance en ce qui concerne l'efficacité relative à la santé globale, aux facteurs de risque et à la santé mentale s'est améliorée durant les périodes comparées, celle relative aux aspects des traumatismes et de la santé maternelle et infantile s'est plutôt détériorée, alors que les aspects liés à la morbidité et à la satisfaction globale sont demeurés stables. Par contre, en ce qui a trait à l'atteinte des balises d'excellence, il est particulièrement intéressant de noter que, durant la période analysée, la position du Québec s'est nettement améliorée dans le domaine de la santé mentale, une sous-dimension pour laquelle les degrés d'atteinte des balises sont plutôt défavorables au Québec.

DURANT LA PÉRIODE ANALYSÉE, LA POSITION DU QUÉBEC S'EST NETTEMENT AMÉLIORÉE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE.

Figure 16

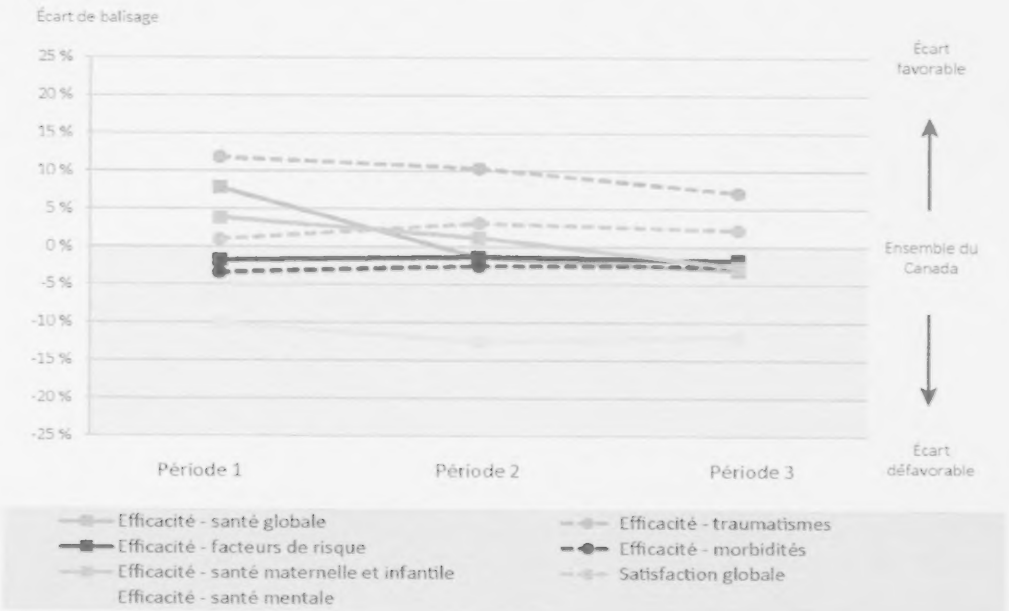
ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



Malgré cette évolution de la performance relative du Québec à l'égard de plusieurs sous-dimensions de l'atteinte des buts, on note une certaine baisse comparativement à la moyenne canadienne. Plusieurs sous-dimensions de l'atteinte des buts présentent une réduction en ce qui concerne leur niveau d'atteinte des balises d'excellence au cours des trois périodes analysées. Si, il y a quelques années, les indicateurs de santé globale et de santé maternelle et infantile plaçaient favorablement le Québec comparativement à la moyenne canadienne, leur position est maintenant inférieure. La satisfaction globale a, elle aussi, subi une réduction de l'écart favorable que le Québec présentait il y a quelques années par rapport à l'ensemble du Canada, bien que cet écart demeure positif dans les données les plus récentes (figure 17).

Figure 17

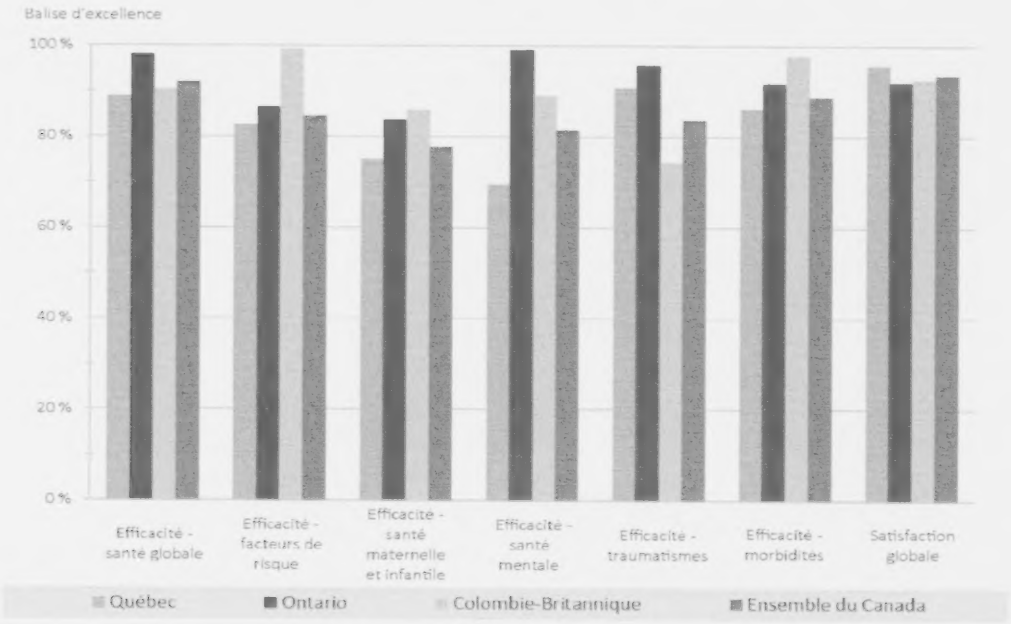
ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



Finalement, nous observons que la position de l'Ontario est plus avantageuse comparativement à celle du Québec, et ce, pour l'ensemble des sous-dimensions de l'atteinte des buts, à l'exception de la satisfaction globale, pour laquelle le Québec présente de meilleurs degrés d'atteinte des balises d'excellence que ceux des deux autres provinces comparées (figure 18). La Colombie-Britannique se distingue favorablement en ce qui a trait à l'efficacité liée aux facteurs de risque et aux morbidités. Ces écarts favorables de performance de l'Ontario et de la Colombie-Britannique sont particulièrement importants en ce qui concerne la santé globale, la santé maternelle et infantile ainsi que la santé mentale. Soulignons, dans cette dernière catégorie, que les résultats défavorables du Québec s'expliquent essentiellement par le taux de suicides relativement élevé, observé dans notre province.

Figure 18

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS

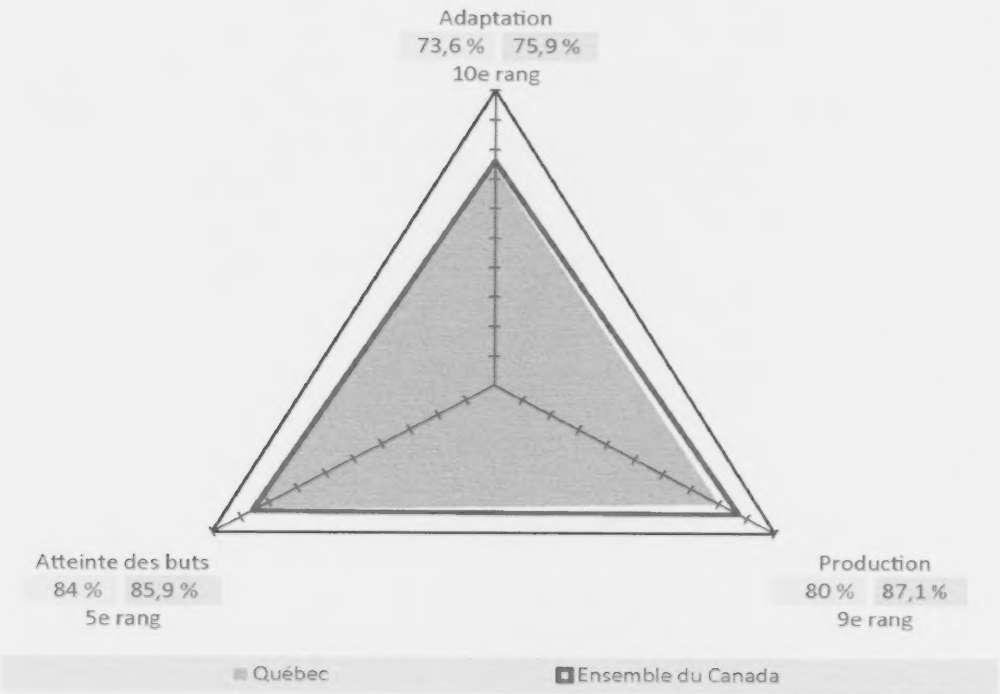


La performance globale du système de santé et de services sociaux québécois

LE QUÉBEC OBTIENT, POUR DEUX DES TROIS FONCTIONS RETENUES, DES RÉSULTATS QUI S'APPROCHENT DE LA MOYENNE DES PROVINCES CANADIENNES.

Globalement, lorsque nous calculons la moyenne d'atteinte des balises selon notre cadre d'appréciation du système de santé et de services sociaux, le Québec obtient, pour deux des trois fonctions retenues, des résultats qui s'approchent de la moyenne des provinces canadiennes (figure 19). En effet, le Québec a des résultats inférieurs à ceux de la moyenne du Canada avec des écarts de 1,9 % pour l'atteinte des buts et de 2,3 % pour l'adaptation. Par contre, l'écart défavorable est plus important pour ce qui est de la production : le Québec présente une moyenne inférieure de 7,1 % à celle de l'ensemble canadien.

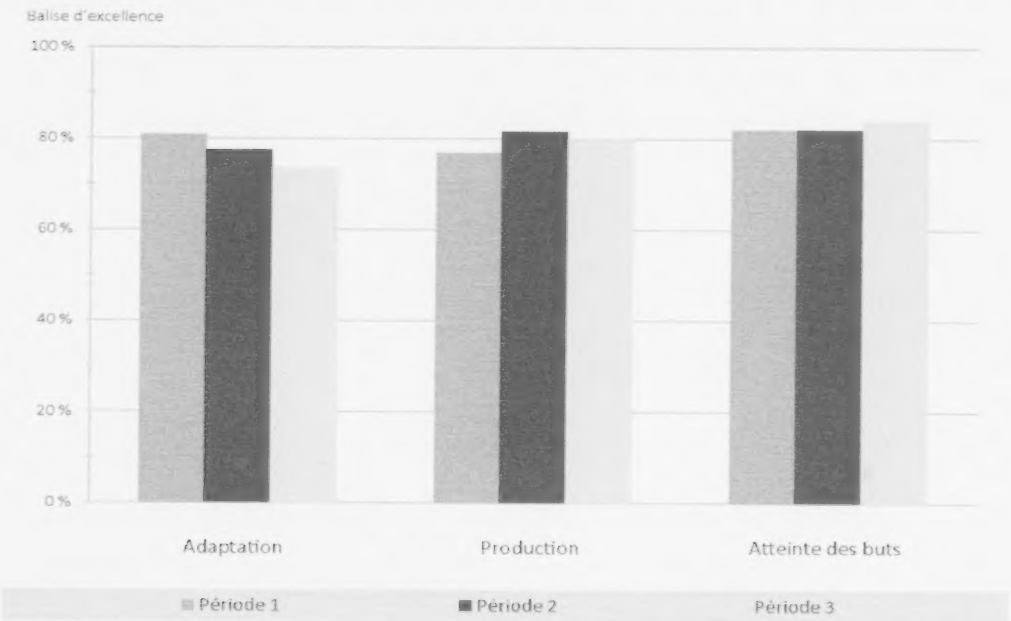
Figure 19
DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC : SYNTHÈSE DES FONCTIONS



L'analyse de l'évolution des niveaux d'atteinte des balises d'excellence à l'échelle des fonctions de notre cadre d'analyse révèle qu'à l'instar des constats de notre précédent rapport d'appréciation, la performance relative du Québec s'améliore dans le temps pour ce qui est de l'atteinte des buts et de la production (figure 20 et tableau P10 à la fin de cette section). En effet, si la fonction de production du Québec se situait en dessous des 80 % d'atteinte des balises, il y a quelques années, la province présente maintenant un degré de performance au-dessus des 80 %. Dans notre analyse, par contre, l'adaptation, principalement à cause de la baisse de performance en réponse aux besoins de la population, comme cela a été mesuré par la proportion de personnes qui présentent des besoins de santé non comblés, subit une réduction.

Figure 20

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC : SYNTHÈSE DES FONCTIONS

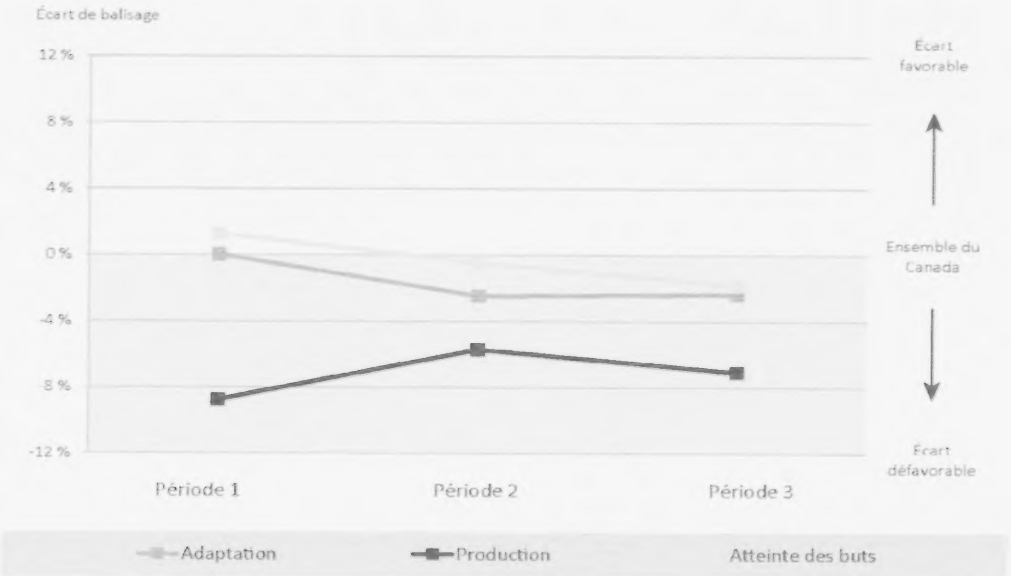


LA POSITION RELATIVE DU QUÉBEC PAR RAPPORT AU CANADA S'EST PLUTÔT DÉTÉRIORÉE AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE.

La position relative du Québec par rapport au Canada s'est plutôt détériorée au cours de la dernière décennie. Les trois fonctions fluctuent dans le temps et s'éloignent de la moyenne canadienne. Si, comparativement à l'ensemble canadien, le Québec présentait un écart favorable en ce qui concerne l'atteinte des buts et l'adaptation, les niveaux d'atteinte des balises d'excellence relatives à ces fonctions se situent maintenant en dessous de la moyenne canadienne. Quant à la production, elle demeure la plus négativement éloignée de la moyenne canadienne malgré les fluctuations des dernières années (figure 21).

Figure 21

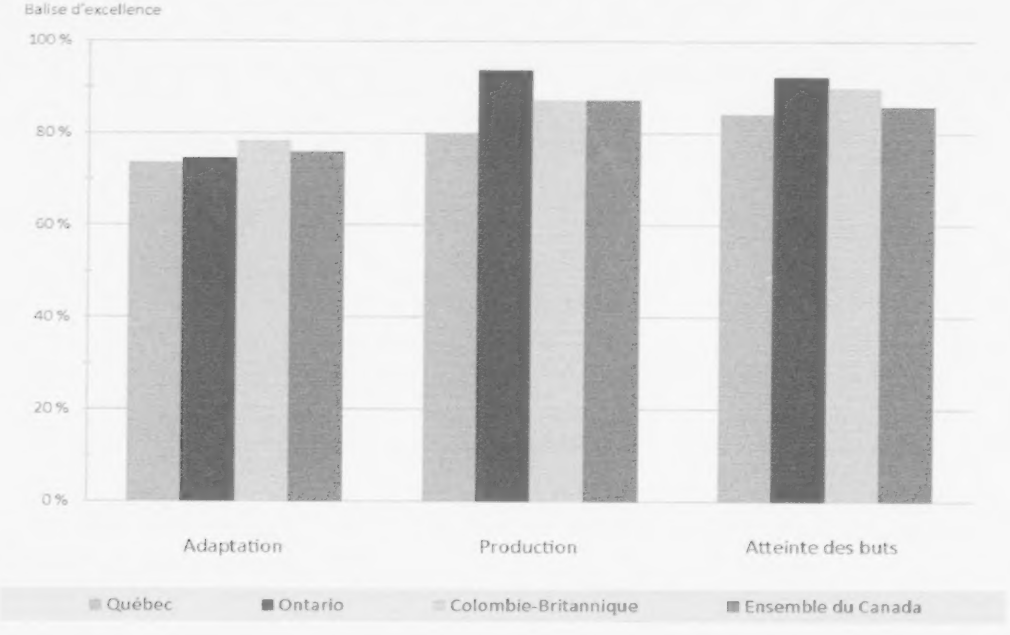
ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES : SYNTHÈSE DES FONCTIONS



Finalement, lorsque la performance globale du Québec est comparée à celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, nous observons que le Québec se rapproche de ces provinces sur le plan de l'adaptation, mais qu'il a des proportions d'atteinte des balises plus faibles pour les autres fonctions (figure 22). En somme, il ressort de l'analyse de la performance globale et intégrée à l'échelle provinciale que le Québec se classe en deçà de la moyenne des provinces canadiennes pour les fonctions d'adaptation (dixième rang) et de production (neuvième rang), tout en se situant près de la moyenne nationale pour l'atteinte des buts (cinquième rang). Par rapport à ce qui est observé à l'échelle canadienne, l'analyse de l'évolution temporelle des résultats indique une décroissance pour le Québec, sauf pour la production.

Figure 22

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA : SYNTHÈSE DES FONCTIONS



> LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

LES RÉGIONS SONT REGROUPÉES EN FONCTION DE LEURS CARACTÉRISTIQUES COMMUNES : RÉGIONS UNIVERSITAIRES, RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES, RÉGIONS INTERMÉDIAIRES, RÉGIONS ÉLOIGNÉES ET RÉGIONS ISOLÉES.

Les indicateurs relatifs aux différentes fonctions et sous-dimensions de la performance sont sélectionnés pour analyser la performance du système de santé et de services sociaux à l'échelle des provinces canadiennes. Lorsqu'ils sont combinés avec divers indicateurs complémentaires disponibles à l'échelle de la province, ils fournissent également une bonne compréhension de la performance des différentes régions du Québec. Dans la présente section, nous analysons les indicateurs selon les différentes fonctions de notre cadre d'analyse, à l'échelle régionale, en regardant les résultats atteints par les régions. Les régions sont regroupées en fonction de leurs caractéristiques communes : régions universitaires, régions en périphérie des régions universitaires, régions intermédiaires, régions éloignées et régions isolées. Finalement, nous examinons dans le temps les profils globaux de la performance régionale et en tirons certaines observations. Une fiche détaillée de chaque région du Québec est présentée en annexe et les ensembles graphiques complets par région sont disponibles dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

L'adaptation : entre allocation et acquisition

À l'échelle des régions du Québec, sept sous-dimensions de l'adaptation ont pu être analysées à l'aide des 24 indicateurs disponibles et comparables. En plus des sous-dimensions qui ont été analysées à l'échelle provinciale (acquisition des ressources financières, acquisition des ressources humaines, innovations technologiques, adaptation aux besoins de la population et mobilisation de la communauté), nous avons pu considérer certains indicateurs relatifs aux sous-dimensions d'acquisition des ressources d'infrastructures et d'attraction de la clientèle.

Ainsi, plusieurs indicateurs disponibles permettent de comparer entre elles les régions du Québec : dépenses de santé et de services sociaux ; taux de ressources médicales et de ressources infirmières ; taux des effectifs du réseau ; taux de lits de soins aigus ou de soins de longue durée ; nombre d'examens en imagerie ; présence de besoins non comblés ; réactivité du système quant aux attentes de la population ; sentiment d'appartenance des personnes envers leur communauté ; taux d'investissements dans les organisations communautaires ; taux de rétention et de desserte extrarégionale des services. Pour l'ensemble des régions, nous avons indiqué les indicateurs de monitorage portant sur la fonction d'adaptation qui se trouvent en position favorable (gris) ou défavorable (noir) à plus d'un écart-type de la moyenne des régions (tableau R1 à la fin de cette section). Ce tableau montre la variation à l'égard des indicateurs de ressources et de la réponse du système selon que les régions se trouvent en milieu universitaire, en périphérie des régions universitaires, en milieu intermédiaire ou éloigné.

Si aucune région ne présente une performance supérieure à la moyenne pour tous les indicateurs d'adaptation, certaines se distinguent favorablement, comme la Capitale-Nationale et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Les données illustrent la position défavorable, dans leur ensemble, des régions situées en périphérie des régions universitaires, et ce, en ce qui concerne non seulement l'acquisition des ressources financières et humaines ainsi que celle des ressources d'infrastructures, mais aussi certains aspects liés à la réponse aux besoins de la population et à la mobilisation de la communauté. L'Outaouais fait face à certains problèmes quant à l'adaptation, particulièrement pour la sous-dimension de la réponse aux besoins de la population. Finalement, Montréal présente un tableau mixte : cette ville bénéficie d'un niveau de ressources élevé, mais a des résultats inférieurs à la moyenne québécoise en ce qui a trait à la réponse aux besoins de sa population.

SI AUCUNE RÉGION NE PRÉSENTE UNE PERFORMANCE SUPÉRIEURE À LA MOYENNE POUR TOUS LES INDICATEURS D'ADAPTATION, CERTAINES SE DISTINGUENT FAVORABLEMENT, COMME LA CAPITALE-NATIONALE ET LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE.

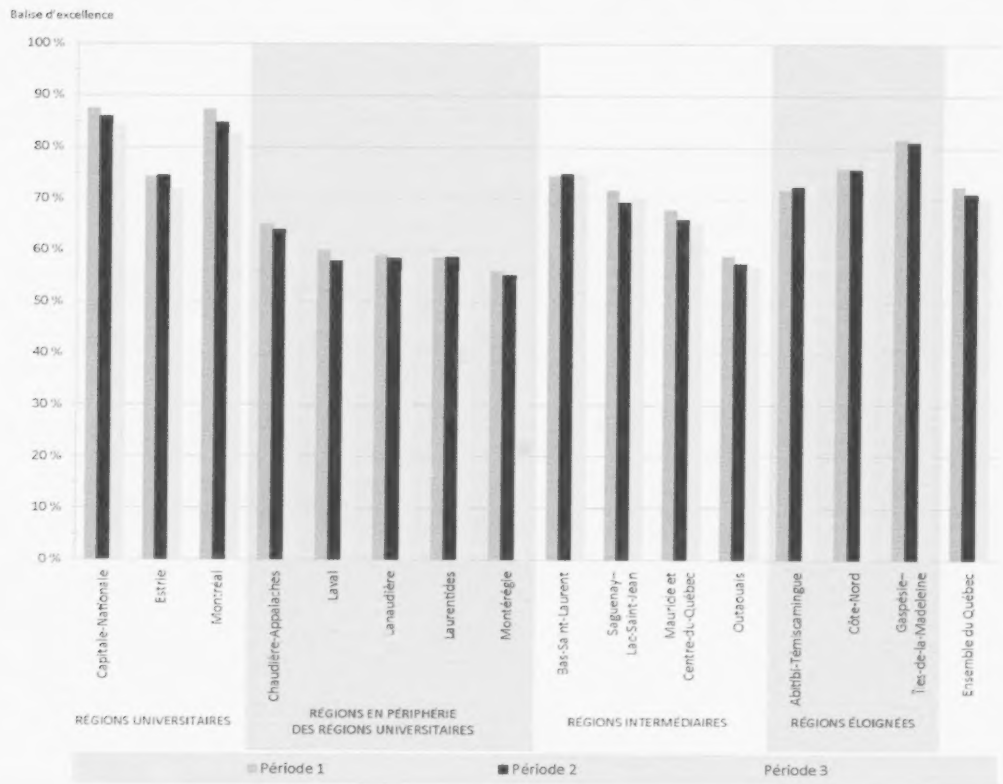
À propos de l'atteinte des balises d'excellence, à l'échelle des régions du Québec, une grande variabilité est observée à l'égard de l'adaptation. En effet, pour ce qui est de l'acquisition des ressources financières, le niveau moyen québécois d'atteinte des balises d'excellence est de 76% et il varie de 52 à 98% d'une région à l'autre. Il se situe à 62% pour l'acquisition des ressources humaines : les résultats des différentes régions vont de 39 à 88%. Pour ce qui est de l'acquisition des ressources d'infrastructures, le taux moyen d'atteinte des balises est de 76% pour le Québec et va de 53 à 100% selon les régions. Pour les innovations technologiques, le résultat moyen québécois s'établit à 57%, mais les variations régionales s'échelonnent de 42 à 87%. Pour l'adaptation aux besoins de la population, le résultat moyen de la province est de 90% et les variations régionales sont moins importantes : elles vont de 85 à 100%. Par ailleurs, en ce qui concerne la mobilisation de la communauté, le Québec dans l'ensemble a une proportion de 57% d'atteinte des balises, ce qui dissimule des fluctuations régionales de 46 à 100%. Enfin, c'est pour l'attraction de la clientèle que les variations sont les plus importantes. En effet, si la moyenne québécoise à cet égard est de 69%, les régions présentent des résultats allant de 32 à 99% (tableau R1 à la fin de cette section).

EN GÉNÉRAL, LES RÉGIONS DU QUÉBEC ONT VU DIMINUER LEUR NIVEAU D'ATTEINTE DES BALISES D'EXCELLENCE, À L'EXCEPTION DES RÉGIONS ÉLOIGNÉES.

Au regard de l'évolution temporelle des indicateurs d'adaptation, une observation s'impose : en général, les régions du Québec ont vu diminuer leur niveau d'atteinte des balises d'excellence, à l'exception des régions éloignées (figure 23). Cette réduction est particulièrement importante pour les régions universitaires, qui partaient d'un niveau plus élevé que celui des autres régions comparées, ce qui laisse croire que les écarts de performance entre les groupes de régions s'amenuisent dans le temps. Les régions intermédiaires, à l'exception du Bas-Saint-Laurent, et celles situées en périphérie des régions universitaires ont aussi connu une baisse en ce qui a trait à l'adaptation au cours des dernières années.

Figure 23

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ADAPTATION



La production : le défi de la production en complémentarité interrégionale

À l'échelle régionale, la fonction de production a été subdivisée en huit sous-dimensions. Aux sous-dimensions qui ont fait l'objet d'une analyse à l'échelle provinciale (accessibilité des services médicaux et diagnostiques, accessibilité des services préventifs, accessibilité des services chirurgicaux, qualité et productivité) se sont ajoutées les sous-dimensions de l'accessibilité des services d'orientation, de l'accessibilité des services sociaux et de l'accessibilité des services d'urgence. Ainsi, 33 indicateurs ont pu être examinés pour la fonction de production. Ils ont trait, entre autres, à divers indicateurs de couverture populationnelle pour différents types de services, à des indices de consommation de soins et services, à des taux ajustés d'utilisation des services, à des indicateurs de délais d'obtention de soins et services et à des indicateurs de durée de séjour et d'occupation d'un ensemble de ressources (tableau R2 à la fin de cette section).

LES RÉGIONS DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE, DE LA CÔTE-NORD, DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN ET DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES PRÉSENTENT PLUSIEURS INDICATEURS FAVORABLES.

Le tableau R2 contient les indicateurs de monitorage relatifs à la fonction de production pour l'ensemble des régions du Québec. La même méthode que celle décrite précédemment a été utilisée. Pour cette fonction, la situation est moins contrastée que celle de la fonction d'adaptation. Néanmoins, certaines régions se distinguent par une concentration plus importante d'indicateurs défavorables. Les régions de Montréal et de l'Outaouais et, dans une moindre mesure, celle de Laval et celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont plusieurs indicateurs qui les placent sous la moyenne provinciale. De manière inverse, les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Côte-Nord, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Chaudière-Appalaches présentent plusieurs indicateurs favorables.

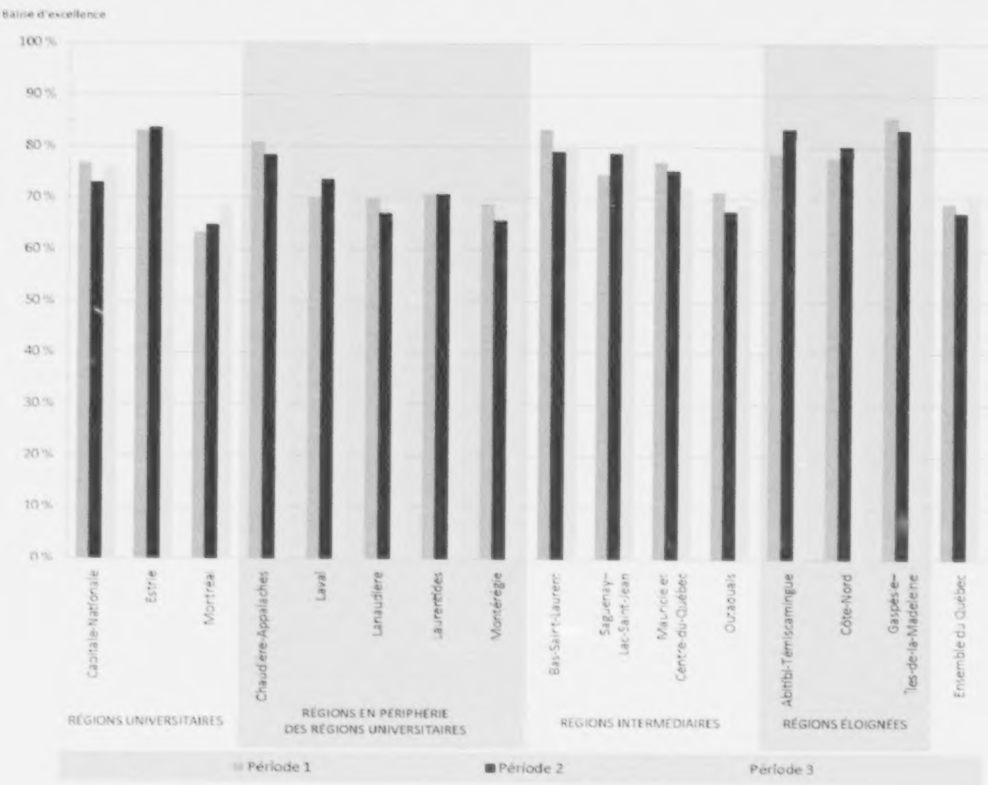
À propos de l'atteinte des balises d'excellence, à l'échelle des régions du Québec, une variabilité modérée est observée à l'égard de la production. En effet, pour l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, le niveau moyen québécois d'atteinte des balises est de 72 % et il varie de 62 à 89 % d'une région à l'autre. Cette proportion atteint 86 % pour l'accessibilité des services préventifs (les résultats des régions varient de 78 à 90 %), alors qu'elle atteint 63 % pour l'accessibilité des services d'orientation. Ce dernier résultat dissimule toutefois des variations régionales allant de 47 à 100 %. Pour ce qui est de l'accessibilité des services sociaux, le taux moyen québécois est de 46 % et les régions se situent de 41 à 95 % à cet égard. En ce qui concerne l'accessibilité des services d'urgence, le Québec dans l'ensemble présente un taux d'atteinte des balises de 55 % et les résultats des régions se distribuent de 33 à 100 %. Par ailleurs, l'accessibilité des services chirurgicaux présente des variations moindres (celles-ci vont de 85 à 97 %), alors que la moyenne québécoise est de 89 %. Enfin, les résultats moyens du Québec pour la qualité et la productivité sont respectivement de 74 % et de 80 % ; les variations régionales pour ces sous-dimensions s'étalent de 63 à 90 % et de 73 à 89 % (tableau R2 à la fin de cette section).

CERTAINES RÉGIONS ONT SUBI DES RÉDUCTIONS DANS LEUR PERFORMANCE À L'ÉGARD DE LA PRODUCTION. C'EST LE CAS DES RÉGIONS DU BAS-SAINT-LAURENT ET DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

L'analyse de l'évolution temporelle des indicateurs de production suggère une évolution variable des régions du Québec en ce qui a trait à leur niveau d'atteinte des balises d'excellence (figure 24). Si certaines régions, notamment les régions de Montréal et de Laval, ont vu augmenter leur performance, d'autres ont plutôt subi des réductions dans leur performance à l'égard de la production. C'est le cas des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Mauricie et du Centre-du-Québec : même si leurs niveaux étaient relativement élevés, leur niveau moyen d'atteinte des balises de production a diminué de façon notable.

Figure 24

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE PRODUCTION



Le maintien et développement : une forte variabilité entre les régions du Québec

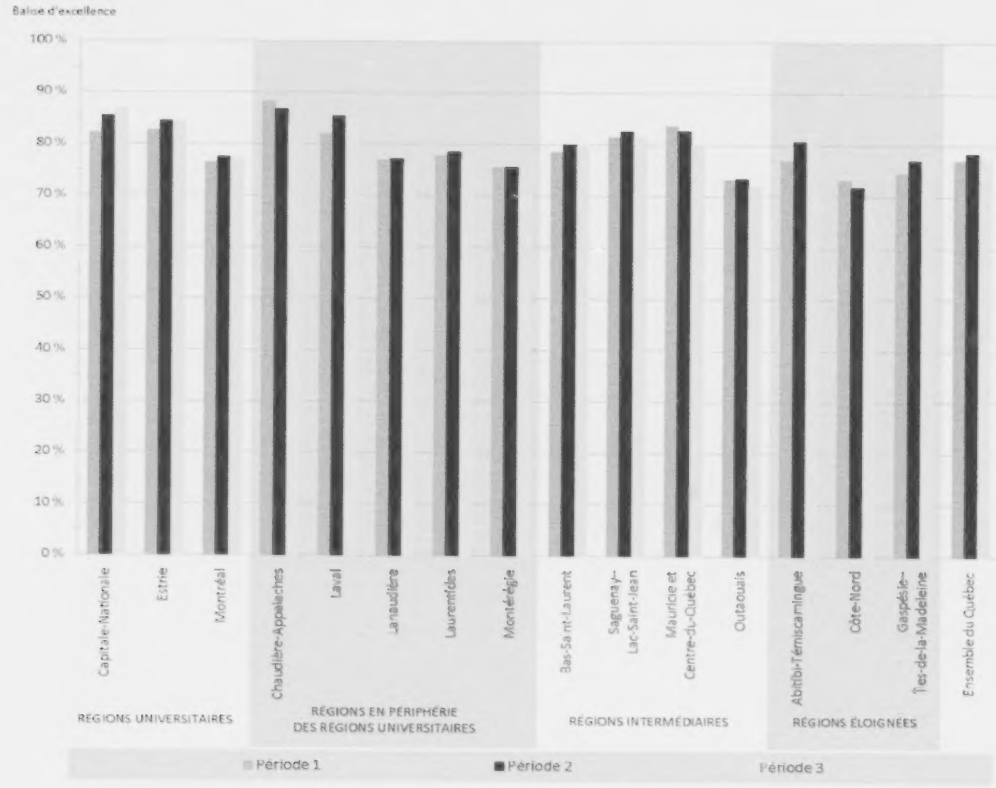
Même si la fonction de maintien et développement gagnerait à bénéficier d'un plus grand nombre d'indicateurs, cinq sous-dimensions ont pu être analysées : le statut d'emploi, la formation, l'utilisation des ressources humaines, la santé des professionnels et la stabilité du personnel. À la fin de cette section, nous trouvons les résultats pour les huit indicateurs disponibles. Ceux-ci consistent principalement en indicateurs de statut d'emploi, de roulement de personnel, d'absentéisme au travail ainsi que de formation du personnel (tableau R3 à la fin de cette section).

Pour cette fonction se dégage un portrait mixte : certaines régions présentent des résultats marqués, favorables ou défavorables, à l'égard de certains indicateurs, alors que plusieurs autres se situent de façon constante tout près de la moyenne du Québec. Ce constat se transpose aussi dans les niveaux moyens d'atteinte des balises d'excellence à l'égard de la fonction de maintien et développement, qui varient de 63 à 94 % à l'échelle du Québec. Par ailleurs, les variations sont moins importantes en ce qui concerne la sous-dimension de statut d'emploi, puisque les résultats s'échelonnent de 88 à 100 % et que la moyenne québécoise s'établit à 94 %. Pour les autres sous-dimensions, la variabilité est plus grande. En effet, pour le taux de formation, le résultat moyen du Québec est de 65 %, mais il varie de 47 à 100 % selon les régions. Pour ce qui est de l'utilisation des ressources humaines, la proportion moyenne d'atteinte des balises se chiffre à 63 % et celle des diverses régions s'échelonne de 45 à 100 %. Enfin, pour les sous-dimensions de santé des professionnels et de stabilité du personnel, le Québec présente des résultats moyens de 91 % et de 76 % respectivement, ce qui se traduit par des variations régionales allant de 67 à 100 % et de 65 à 91 %. Toutefois, ces variations doivent être considérées avec prudence étant donné le petit nombre d'indicateurs disponibles pour évaluer ces sous-dimensions de la performance.

L'évolution temporelle des indicateurs de maintien et développement suggère une très grande variabilité des régions du Québec en ce qui a trait à leur niveau d'atteinte des balises d'excellence (figure 25). Si certaines régions, comme la Capitale-Nationale, l'Estrie, Laval, l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ont vu progresser favorablement leur performance à l'égard du maintien et développement, d'autres ont plutôt subi des baisses. C'est le cas des régions de la Chaudière-Appalaches, de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que de la Côte-Nord.

Figure 25

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION DE MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT



L'atteinte des buts : reflet de la composition démographique et de l'action à l'échelle régionale ?

À l'échelle des régions du Québec, la fonction d'atteinte des buts a été subdivisée en huit sous-dimensions. En plus des sous-dimensions déjà traitées à l'échelle de la province (efficacité relative à la santé globale, efficacité relative aux facteurs de risque, efficacité relative à la santé maternelle et infantile, efficacité relative à la santé mentale, efficacité relative aux traumatismes, efficacité relative aux morbidités et satisfaction globale), la sous-dimension de l'équité a pu être intégrée pour les analyses de la performance des régions du Québec. C'est ainsi que 36 indicateurs ont été répertoriés (tableau R4 à la fin de cette section).

L'atteinte des buts est la fonction qui, à l'instar du constat formulé dans notre premier rapport d'appréciation (CSBE, 2009), présente les variations les moins importantes d'une région du Québec à l'autre. Cela peut résulter de la grande variété des indicateurs recensés, du fait que ces indicateurs sont sensibles, à divers degrés, aux changements dans le temps ou encore à l'influence d'un ensemble de facteurs extérieurs au système de santé et de services sociaux. De plus, les indicateurs examinés suggèrent une performance variable d'une région à l'autre : aucune n'obtient seulement des indicateurs favorables ou défavorables. Néanmoins, bon nombre de régions ont plusieurs indicateurs défavorables et obtiennent des résultats moyens d'atteinte des balises d'excellence qui se situent sous la moyenne québécoise de 78 % : l'Outaouais (76 %), la Mauricie et le Centre-du-Québec (76 %) ainsi que les trois régions éloignées que sont l'Abitibi-Témiscamingue (75 %), la Côte-Nord (76 %) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (77 %). Inversement, d'autres régions accumulent un nombre important d'indicateurs favorables et obtiennent les meilleurs degrés d'atteinte des balises d'excellence au Québec avec des niveaux se situant au-dessus de 80 % : ce sont les régions de Laval (90 %), de la Chaudière-Appalaches (82 %) et de Montréal (81 %).

BON NOMBRE DE RÉGIONS ONT PLUSIEURS INDICATEURS DÉFAVORABLES ET OBTIENNENT DES SCORES MOYENS D'ATTEINTE DES BALISES D'EXCELLENCE QUI SE SITUENT SOUS LA MOYENNE QUÉBÉCOISE.

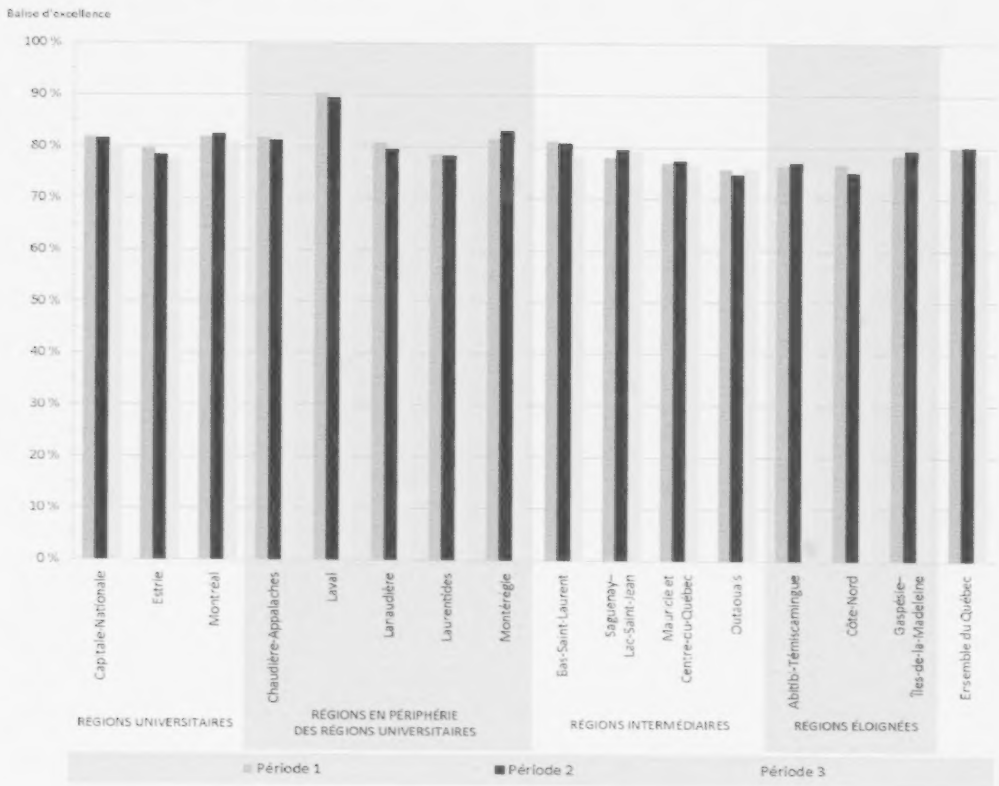
Les niveaux d'atteinte des balises d'excellence varient aussi d'une sous-dimension à l'autre de l'atteinte des buts. En effet, pour l'efficacité relative à la santé globale, le niveau moyen du Québec est de 88 %, tandis que les résultats des différentes régions s'échelonnent de 82 à 98 %. En ce qui concerne l'efficacité relative aux facteurs de risque, ce score moyen est de 76 % et les variations régionales vont de 67 à 92 %. Par ailleurs, avec des résultats régionaux allant de 72 à 91 %, le Québec présente, pour la sous-dimension de l'efficacité relative à la santé maternelle et infantile, une proportion d'atteinte des balises se chiffrant à 78 %. Pour ce qui est de l'efficacité relative à la santé mentale, le résultat moyen québécois est aussi de 78 % et les régions se situent de 63 à 94 % à cet égard. Par ailleurs, pour l'efficacité relative aux traumatismes, le Québec obtient un résultat moyen de 71 %, mais les régions obtiennent des scores très variables, qui vont de 53 à 99 %. En ce qui concerne l'efficacité relative aux morbidités, le Québec dans son ensemble se situe à 84 % et les régions, de 77 à 98 %. En outre, les résultats pour la satisfaction globale, typiquement élevés, s'échelonnent de 91 à 100 % dans les régions québécoises, alors que la moyenne de la province est de 96 %. Finalement, le résultat moyen du Québec pour la sous-dimension de l'équité est de 61 % et les régions obtiennent des scores allant de 51 à 83 % (tableau R4 à la fin de cette section).

LE SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN ET L'OUTAOUAIS SE SONT AMÉLIORÉS AU COURS DES PÉRIODES TEMPORELLES DE COMPARAISON, ALORS QUE LA CAPITALE-NATIONALE, L'ESTRIE, LAVAL ET LE BAS-SAINT-LAURENT PRÉSENTENT UNE TENDANCE À LA BAISSE.

L'analyse de l'évolution temporelle des indicateurs pour la fonction d'atteinte des buts révèle que les résultats des régions du Québec varient très peu en ce qui concerne l'atteinte des balises d'excellence (figure 26). Ainsi, force est de constater que les variations de performance des dernières années ne modifient pas beaucoup la position relative des régions. De plus, nous remarquons que peu de tendances sont observables en fonction des regroupements de régions. Néanmoins, il est à noter que le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Outaouais se sont améliorés au cours des périodes temporelles de comparaison, alors que la Capitale-Nationale, l'Estrie, Laval et le Bas-Saint-Laurent présentent une tendance à la baisse.

Figure 26

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LA FONCTION D'ATTEINTE DES BUTS



La performance globale des régions du Québec

L'analyse des indicateurs relatifs aux fonctions d'adaptation, de production, de maintien et développement et d'atteinte des buts suggère la présence d'une variabilité sur le plan de la performance des différentes régions du Québec. La figure 27 illustre le niveau moyen d'atteinte des balises d'excellence pour les quatre fonctions du cadre d'analyse. Cette figure montre qu'encore cette année, la fonction d'adaptation est celle qui présente la plus grande variabilité d'une région du Québec à l'autre. De façon notable, la performance en adaptation des régions en périphérie des régions universitaires ainsi que celle de l'Outaouais sont inférieures à celle des autres régions du Québec.

LES RÉGIONS UNIVERSITAIRES ET LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES PRÉSENTENT LES MEILLEURES MOYENNES POUR CE QUI EST DE L'ATTEINTE DES BALISES EN ADAPTATION.

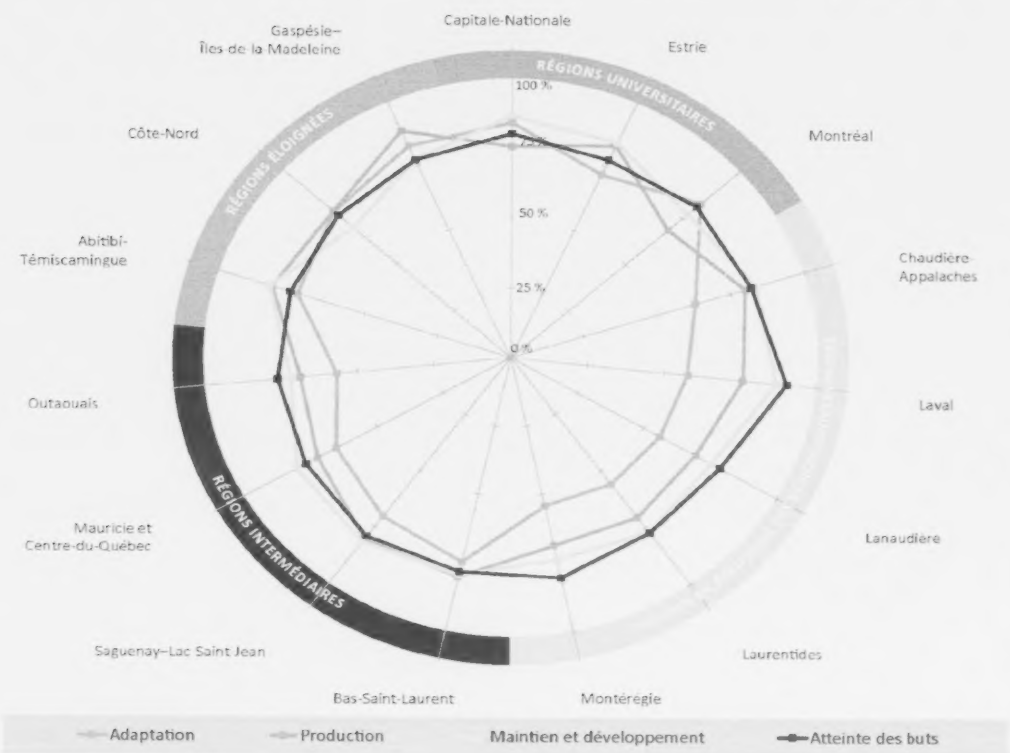
Au contraire, les régions universitaires et les régions éloignées présentent les meilleures moyennes pour ce qui est de l'atteinte des balises en adaptation. En effet, les missions différentes des régions universitaires et la situation géographique des régions éloignées ont des conséquences importantes sur les ressources nécessaires. C'est ce qui explique, au moins en partie, la disparité qui existe d'une région du Québec à l'autre en ce qui concerne l'allocation des ressources humaines, financières et technologiques. Néanmoins, l'analyse effectuée cette année bénéficie d'un ensemble plus équilibré d'indicateurs d'adaptation grâce à l'ajout de certains indicateurs et sous-dimensions. Cette analyse permet de confirmer que les positions se traduisent aussi par des différences dans la réponse aux besoins des populations, un aspect de l'adaptation tout aussi important que le niveau de ressources acquises.

LES RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES FONT PARTIE DE CELLES QUI ONT LES NIVEAUX LES PLUS DÉFAVORABLES POUR CE QUI EST DE L'ATTEINTE DES BALISES DE LA FONCTION DE PRODUCTION.

Une autre fonction qui varie de façon importante d'une région du Québec à l'autre est celle de la production (figure 27). Ici encore, les moyennes d'atteinte des balises des régions éloignées et intermédiaires sont globalement favorables. Quant aux régions universitaires, elles n'ont pas des niveaux moyens d'atteinte des balises qui sont aussi favorables que ceux de la fonction d'adaptation. C'est particulièrement le cas de la région de Montréal, qui présente le plus faible degré en ce qui concerne l'atteinte moyenne des balises de production. Finalement, les régions en périphérie des régions universitaires font partie de celles qui ont les niveaux les plus défavorables pour ce qui est de l'atteinte des balises de la fonction de production.

Figure 27

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC PAR FONCTIONS DE LA PERFORMANCE



Relativement à la fonction de maintien et développement, les niveaux moyens d'atteinte des balises sont, dans l'ensemble, plus uniformes entre les différentes régions du Québec. Les régions les plus performantes sont les régions intermédiaires, les régions en périphérie des régions universitaires ainsi que, dans une moindre mesure, les régions universitaires.

En ce qui concerne la fonction d'atteinte des buts, les résultats varient moins entre les différentes régions. Certaines régions se distinguent favorablement : c'est le cas de Laval, de la Montérégie, du Bas-Saint-Laurent et de Montréal. Néanmoins, d'autres présentent des niveaux d'atteinte des balises légèrement en dessous du résultat moyen québécois. La faible variation des résultats d'une région à l'autre peut être une conséquence de la grande quantité et de la diversité des indicateurs recensés pour cette fonction. En effet, certains de ces indicateurs peuvent refléter des actions récentes du système de santé et de services sociaux, alors que d'autres témoignent d'actions réparties sur une plus longue période. Enfin, la variation d'autres indicateurs peut être tributaire d'éléments qui déterminent l'état de santé, éléments qui sont parfois extérieurs au système de santé et de services sociaux.

La relation entre les différentes fonctions

Dans les lignes qui suivent, nous tentons de clarifier la nature de la relation entre les résultats obtenus par les régions vis-à-vis des différentes fonctions du modèle d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux retenu par le Commissaire.

Il s'agit d'abord de mettre en parallèle les fonctions d'adaptation et de production. Ainsi, la question qui attire notre attention est de savoir si les résultats obtenus en adaptation, qui intègrent notamment les sous-dimensions d'acquisition des ressources financières et humaines ainsi que d'acquisition des ressources d'infrastructures, influencent directement les niveaux de production des régions.

La figure 28 montre que le rapport entre ces deux fonctions n'est pas uniforme pour l'ensemble des régions et que certaines régions ont des résultats apparemment contradictoires. C'est le cas des régions universitaires de la Capitale-Nationale et de Montréal, qui obtiennent les meilleurs résultats de la province en matière d'adaptation tout en ayant des résultats moyens, ou carrément défavorables dans le cas de Montréal, pour la fonction de production. Il est à souligner que, pour ces deux régions, la sous-dimension de l'attraction de la clientèle influence fortement le calcul de la fonction d'adaptation. Par ailleurs, ces deux importants centres universitaires accaparent une part importante des ressources de toutes sortes, mais leur mission médicale dépasse largement leur territoire sociosanitaire proprement dit.

SI LES DEUX IMPORTANTS CENTRES UNIVERSITAIRES ACCAPARENT UNE PART IMPORTANTE DES RESSOURCES DE TOUTES SORTES, LEUR MISSION MÉDICALE DÉPASSE LARGEMENT LEUR TERRITOIRE SOCIOSANITAIRE.

Ainsi, il convient d'interpréter prudemment la corrélation négative observée, particulièrement dans le cas de Montréal, entre les résultats avantageux en adaptation et ceux en production, qui sont défavorables. Il semble tout de même légitime d'avancer que la population de Montréal, dans l'ensemble, ne bénéficie pas d'une production à la hauteur des ressources investies dans la région. Pour l'Estrie, c'est le constat inverse que l'on peut faire : pour un résultat légèrement supérieur à la moyenne québécoise en adaptation, cette région obtient le deuxième meilleur niveau de production au Québec.

Figure 28

RÉPARTITION DES PERFORMANCES RÉGIONALES :
MISE EN RELATION DES FONCTIONS D'ADAPTATION ET DE PRODUCTION

Pour ce qui est des régions en périphérie des régions universitaires et de l'Outaouais, leur niveau de production est légèrement inférieur à la moyenne du Québec, alors que leurs résultats sont très défavorables en adaptation. Cela est particulièrement vrai pour Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie, en plus de l'Outaouais. Cette dernière région, à cause de la proximité de son principal centre urbain avec Ottawa, tend à se comporter comme les régions en périphérie des régions universitaires. Il faut aussi mentionner les résultats surprenants obtenus par Laval et Chaudière-Appalaches : ces régions présentent des niveaux de production très élevés, comparativement à leur résultat en adaptation. Encore une fois, il faut interpréter ce déséquilibre entre l'adaptation et la production avec prudence. En effet, si les régions universitaires attirent une grande part des ressources en santé, les habitants des régions périphériques y ont fréquemment recours. Par exemple, si une personne habitant la région de Chaudière-Appalaches accède à un test de dépistage du cancer dans la région de la Capitale-Nationale, cette donnée sera comptabilisée, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada, dans la sous-dimension d'accessibilité aux services préventifs de la région de Chaudière-Appalaches, même si le service a été rendu dans la région voisine. Cette mobilité des usagers peut contribuer à expliquer la disparité observée quant au rapport entre production et adaptation. En effet, lorsque l'on observe la corrélation entre ces fonctions pour les régions intermédiaires (sauf l'Outaouais), où la mobilité est moindre, de même que pour les régions éloignées que sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, on remarque un plus grand équilibre entre les résultats en adaptation et les niveaux de production atteints.

Une autre relation qui nous semble particulièrement pertinente est celle qui existe entre les fonctions de production et d'atteinte des buts. Ainsi, la question est de savoir si les régions qui ont le plus haut niveau de production de soins et services de santé de qualité sont celles qui obtiennent les meilleurs résultats vis-à-vis de l'atteinte des buts.

IL EST BIEN CONNU QUE LES FACTEURS BIOLOGIQUES ET GÉNÉTIQUES, L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE AINSI QUE LES CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES SONT DES FACTEURS TRÈS IMPORTANTS DANS LA DÉTERMINATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS.

La figure 29 montre que la majorité des régions universitaires ou en périphérie des régions universitaires se situent favorablement par rapport à la proportion québécoise moyenne d'atteinte des balises pour la fonction d'atteinte des buts – elles se trouvent donc à droite de l'axe vertical –, alors que la plupart des régions intermédiaires et toutes les régions éloignées ont des résultats défavorables à cet égard. Cependant, pour cette dernière catégorie de régions, nous observons des niveaux de production parmi les plus élevés au Québec. Ces constats, accompagnés du fait que seulement quelques régions obtiennent simultanément des résultats positifs en atteinte des buts et en production (la Capitale-Nationale, la Chaudière-Appalaches et, dans une moindre mesure, le Saguenay–Lac-Saint-Jean), portent à penser que des facteurs autres que le niveau de production sont en mesure de mieux expliquer les résultats en atteinte des buts.

Figure 29

RÉPARTITION DES PERFORMANCES RÉGIONALES : MISE EN RELATION DES FONCTIONS DE PRODUCTION ET D'ATTEINTE DES BUTS

En effet, il est bien connu que les facteurs biologiques et génétiques, l'environnement physique ainsi que les conditions socioéconomiques sont des facteurs très importants dans la détermination de l'état de santé des populations. La situation de Montréal, qui obtient d'excellents résultats pour l'atteinte des buts, malgré un faible score en production, est particulièrement intéressante. Par ailleurs, il faut souligner que l'atteinte des buts se réfère à des tendances à long terme, alors que la production est le reflet d'une situation plus ponctuelle dans l'évolution du système de santé et de services sociaux. Il est à noter que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque les profils démographique et socioéconomique des régions peuvent influencer la variation des indicateurs en atteinte des buts et que cette influence est difficile à évaluer à partir des seules données quantitatives.

IL FAUT SOULIGNER QUE L'ATTEINTE DES BUTS SE RÉFÈRE À DES TENDANCES À LONG TERME, ALORS QUE LA PRODUCTION EST LE REFLET D'UNE SITUATION PLUS PONCTUELLE DANS L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

L'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques

> L'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques

NOTRE DOCUMENT SUR L'ÉTAT DE SITUATION SOULIGNE BIEN QUE LES MALADIES CHRONIQUES REPRÉSENTENT UN FARDEAU IMPORTANT POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX TELS QUE CELUI DU QUÉBEC. EN EFFET, DEPUIS PLUSIEURS DÉCENNIES, LES MALADIES CHRONIQUES ACCAPARENT UNE PORTION CROISSANTE DES COÛTS EN SOINS ET SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS LES PLUS DÉVELOPPÉS. CET ACCROISSEMENT EST LIÉ NON SEULEMENT À L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES ET AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, MAIS AUSSI À CELLE DE NOS CAPACITÉS D'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES. COMME LA RECHERCHE ET LES INTERVENTIONS EN MÉDECINE ONT PERMIS DE RÉDUIRE LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ ATTRIBUABLES AUX MALADIES CHRONIQUES, LES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES ONT UNE ESPÉRANCE DE VIE DE PLUS EN PLUS LONGUE.

L'évaluation de la situation relative aux maladies chroniques doit aussi tenir compte de l'évolution des habitudes de vie et des facteurs de risque qui constituent des déterminants de la santé. En effet, si les comportements individuels et collectifs à l'égard de certaines habitudes tendent à s'améliorer, notamment en ce qui a trait au tabagisme, d'autres se détériorent, par exemple la forte augmentation de la sédentarité et l'inquiétant phénomène de l'obésité. Pour ces raisons, nous croyons que l'amélioration de la performance de notre système de santé et de services sociaux requiert une action sur l'ensemble du continuum d'interventions liées aux maladies chroniques, une action qui prend en compte les habitudes de vie, les facteurs de risque ainsi que leurs conséquences sur la santé.

Nous présentons, dans un premier temps, une analyse globale à l'échelle de la province des indicateurs relatifs aux maladies chroniques. Dans un deuxième temps sont abordés les résultats observés dans les diverses régions du Québec. Dans chacune des sections, nous traitons des habitudes de vie et des facteurs de risque ainsi que des morbidités et des problèmes de santé principaux. De plus, pour l'analyse à l'échelle provinciale, nous fournissons une réflexion sur les aspects organisationnels et les services liés à certaines maladies chroniques, dont celles de l'appareil circulatoire et le diabète. À la fin de chaque section, nous faisons des constats et soulevons des questions.

> L'ANALYSE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

La présente section permet tout d'abord de comparer les résultats obtenus par le Québec à ceux observés dans l'ensemble du Canada. Une brève analyse de la variation temporelle des données québécoises permet aussi de percevoir des tendances et d'interpréter, avec plus de justesse, les résultats obtenus pour une année ou une période précise. Enfin, les données du Québec sont comparées avec celles de deux autres provinces, à savoir l'Ontario et la Colombie-Britannique.

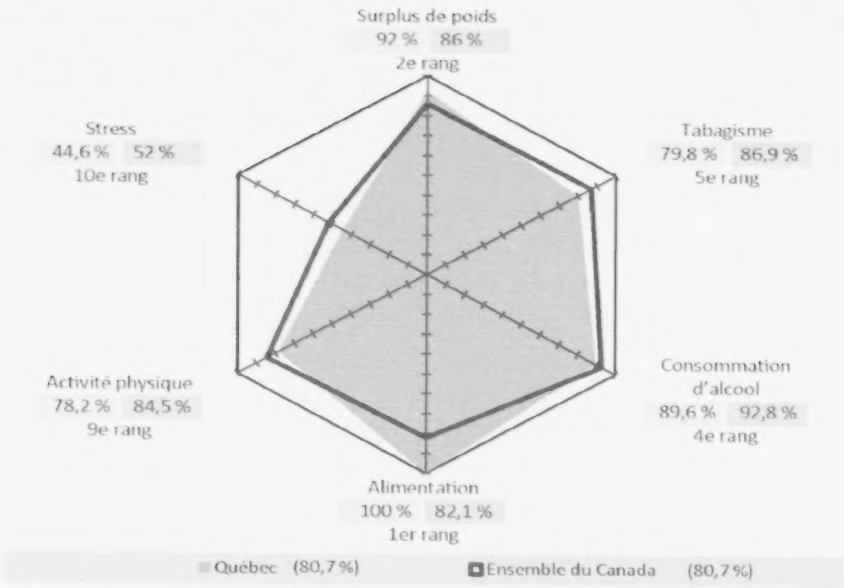
Les habitudes de vie et les facteurs de risque

Les indicateurs sur les habitudes de vie et les facteurs de risque comprennent les données relatives au surplus de poids, au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'alimentation, à l'activité physique ainsi qu'au stress. Tous ces déterminants peuvent exercer une influence sur l'incidence des maladies chroniques ainsi que sur la gestion de ces maladies par les personnes qui en souffrent. Par conséquent, l'analyse qui suit peut éclairer les politiques tant sur le plan de la prévention des maladies chroniques que sur celui des saines habitudes

à promouvoir pour limiter leur prévalence et les complications possibles. Pour les données relatives aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, une constatation s'impose : le Québec atteint les balises dans une proportion de 80,7 %, tout comme l'ensemble du Canada, ce qui le place au troisième rang à l'échelle nationale (figure 30). Cependant, l'analyse de chaque indicateur révèle des différences notables entre le Québec et le Canada.

Figure 30

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE



RELATIVEMENT AU SURPLUS DE POIDS, LE QUÉBEC FAIT BONNE FIGURE AVEC DES RÉSULTATS AVANTAGEUX PAR RAPPORT À CE QUI EST OBSERVÉ AU CANADA.

Relativement au surplus de poids, le Québec fait bonne figure avec des résultats avantageux par rapport à ce qui est observé au Canada : il présente une moindre proportion de personnes ayant un surplus de poids que dans les autres provinces. À ce titre, au Québec, la proportion de personnes qui souffrent d'obésité atteignait 15,5 % en 2008, contre 17,2 % au Canada, ce qui place le Québec au deuxième rang à l'échelle nationale, juste derrière la Colombie-Britannique, pour laquelle ce taux était de 15,3 %. De même, le Québec se démarque positivement pour la qualité de l'alimentation, avec 53,2 % de ses habitants qui consomment plus de cinq portions de fruits et légumes par jour. Ce résultat place le Québec au premier rang à l'échelle nationale étant donné que le résultat canadien n'atteint que 43,7 % (tableau P4 à la fin de cette section).

Pour ce qui est du tabagisme et de la consommation d'alcool, le Québec obtient des résultats légèrement défavorables par rapport aux données canadiennes. En effet, ce sont 23,3 % des Québécois qui fumaient en 2008 (79,8 % d'atteinte de la balise) contre 21,1 % des Canadiens (86,9 % d'atteinte de la balise), ce qui place le Québec au cinquième rang.

Pour la consommation d'alcool, le Québec se classe en quatrième position (89,6% d'atteinte de la balise). Pour ces deux indicateurs, le Québec accuse un certain retard par rapport à l'Ontario et à la Colombie-Britannique (figure 33).

Sur le plan comparatif à l'échelle nationale, en ce qui concerne l'activité physique et le stress, le Québec obtient respectivement le neuvième et le dixième rang, avec des proportions d'atteinte des balises se situant à 78,2% (contre 84,5%) ainsi qu'à 44,6% (contre 52,0%) pour ces deux indicateurs.

SUR LE PLAN COMPARATIF À L'ÉCHELLE NATIONALE, EN CE QUI CONCERNE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LE STRESS, LE QUÉBEC OBTIENT RESPECTIVEMENT LE NEUVIÈME ET LE DIXIÈME RANG.

La variation temporelle de l'ensemble des données pour les habitudes de vie et les facteurs de risque indique que le Québec améliore sa proportion d'atteinte des balises de 2003 à 2008. Cela traduit la présence d'un moins grand nombre de personnes qui ont un surplus de poids ainsi qu'une prévalence moins élevée du tabagisme et de la consommation d'alcool (figure 31). Par ailleurs, même si les données révèlent que la proportion de personnes qui perçoivent leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes diminue dans la province (elle passe de 28,4 à 26,0% pendant la même période), cette perception s'est considérablement améliorée au Canada, de sorte que le Québec se maintient au dixième rang avec une proportion d'atteinte des balises de 44,6% (figure 32). Pour l'activité physique et l'alimentation, le Québec est resté assez constant dans sa proportion d'atteinte des balises.

Figure 31

L'ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

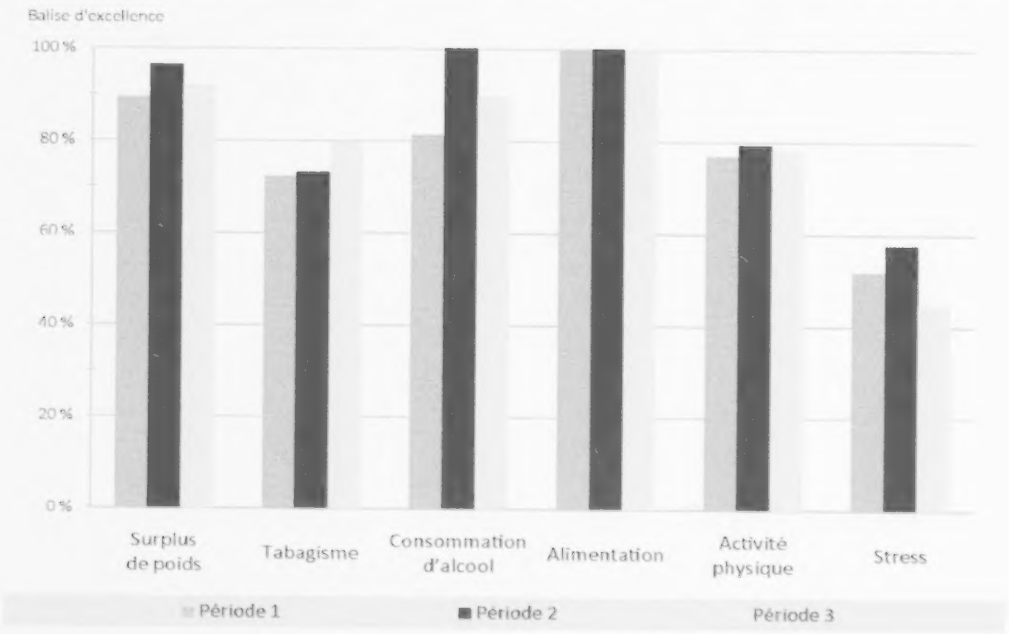
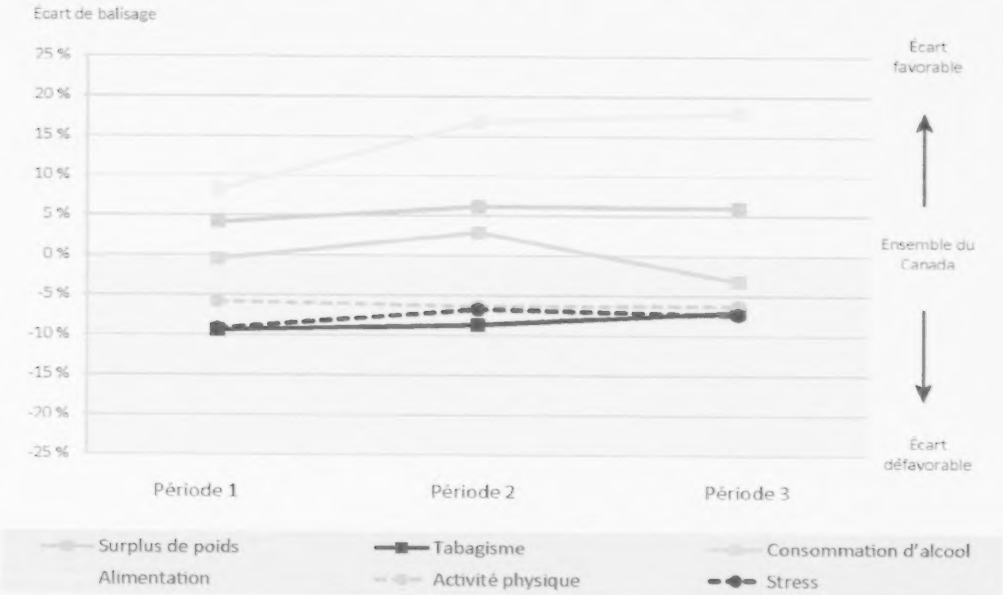


Figure 32

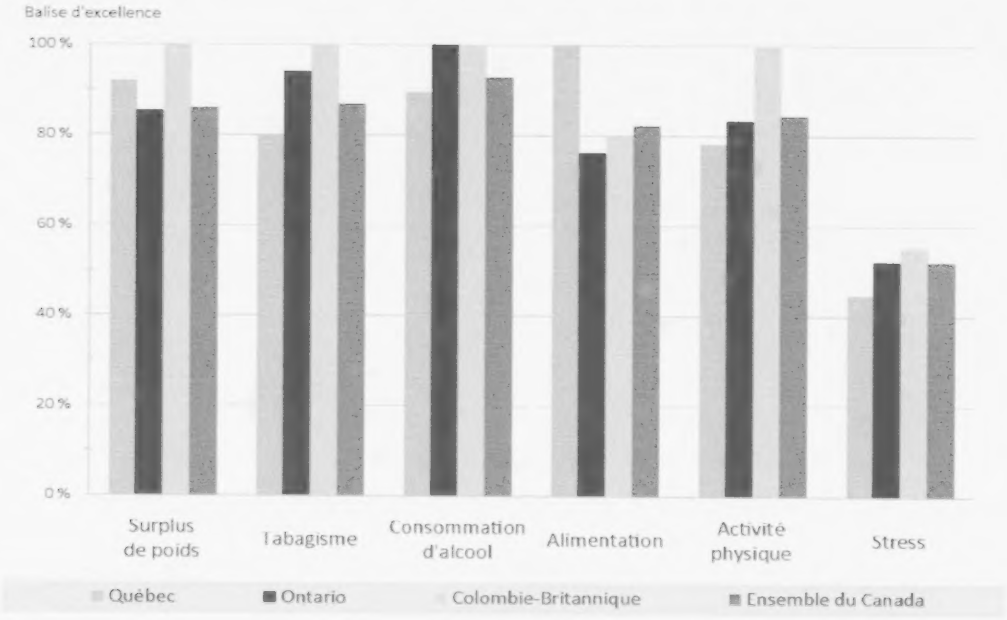
ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE



Enfin, lorsque les données les plus récentes du Québec sont étudiées à la lumière de celles des deux provinces qui s'en approchent le plus, une observation s'impose. Pour les six habitudes de vie et facteurs de risque analysés, l'Ontario obtient des résultats plus avantageux que ceux du Québec pour quatre d'entre eux, alors que la Colombie-Britannique se démarque nettement pour l'ensemble (figure 33). En effet, cette province figure au premier rang à l'échelle nationale pour sa performance favorable à l'égard des indicateurs liés au surplus de poids, au tabagisme, à la consommation d'alcool (égalité avec l'Ontario) ainsi qu'à l'activité physique. Pour sa part, le Québec se distingue essentiellement par la qualité de l'alimentation et le petit nombre de personnes en surplus de poids, pour lesquels il se place respectivement au premier et au deuxième rang au Canada.

Figure 33

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE



Les morbidités et les problèmes de santé principaux

Après avoir brossé un tableau relatif aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, nous examinons maintenant les morbidités et les principaux problèmes de santé. Il est question de données sur les maladies chroniques des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique ainsi que sur le cancer et le diabète. Sans aborder de façon systématique toutes ces maladies, nous faisons ressortir les résultats les plus notables pour le Québec par rapport au Canada. Nous analysons aussi des données de variation temporelle pour mettre en relief l'évolution de la situation québécoise par rapport à ces maladies. Enfin, nous comparons le Québec à l'Ontario et à la Colombie-Britannique.

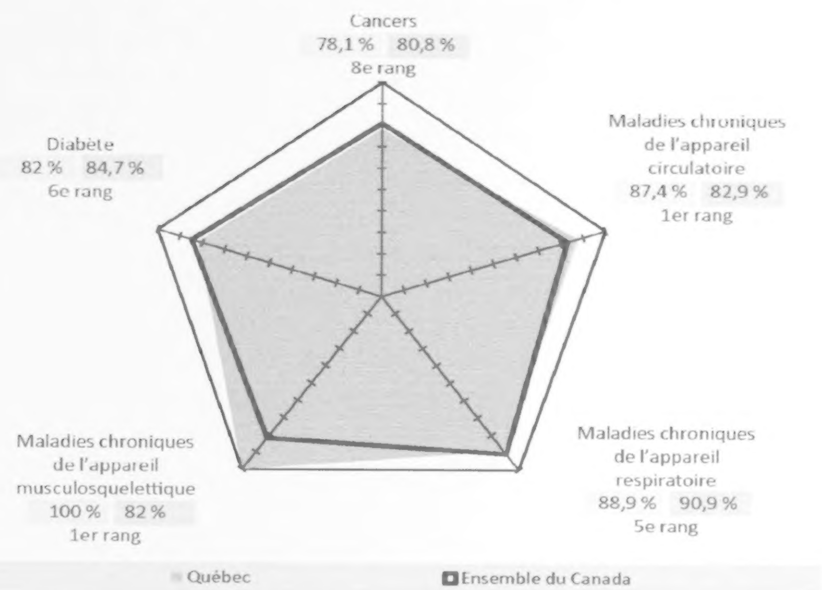
Tout d'abord, les résultats du Québec se distinguent favorablement par rapport à ceux du Canada pour les maladies chroniques des appareils circulatoire et musculosquelettique (dont l'arthrite) : pour ces conditions, le Québec se classe au premier rang à l'échelle nationale. À titre d'exemple, le taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales (composantes des maladies chroniques de l'appareil circulatoire) se chiffrait, en 2005, à 26,1 pour 100 000 habitants, alors que ce taux était de 32,5 pour l'ensemble du Canada. Cette proportion procure au Québec le résultat le plus avantageux pour cette cause de décès (tableau P6 à la fin de cette section). En ce qui

LE QUÉBEC OBTIENT LE MEILLEUR RÉSULTAT À L'ÉCHELLE CANADIENNE POUR LE TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR GRIPPE ET PNEUMOPATHIE, MAIS IL SE CLASSE 10E/10E/10E EN CE QUI CONCERNE LA MORTALITÉ PAR BRONCHITE CHRONIQUE, ASTHME ET EMPHYSÈME

concerne les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, le Québec se situe au cinquième rang avec une proportion d'atteinte des balises de 88,9% contre 90,9% pour le Canada (figure 34 et tableau P7 à la fin de cette section). Or, cette donnée tend à dissimuler les résultats des deux indicateurs retenus pour ce type de maladies. En effet, le Québec obtient le meilleur résultat à l'échelle canadienne pour le taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie, mais il se classe huitième en ce qui concerne la mortalité par bronchite chronique, asthme et emphysème.

Figure 34

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LES MALADIES CHRONIQUES



Les données sur le cancer placent le Québec au huitième rang à l'échelle nationale avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 78,1 %, alors que ce taux est de 80,8 % pour le Canada. Par ailleurs, les résultats varient grandement selon le type de cancer dont il est question (figure 35).

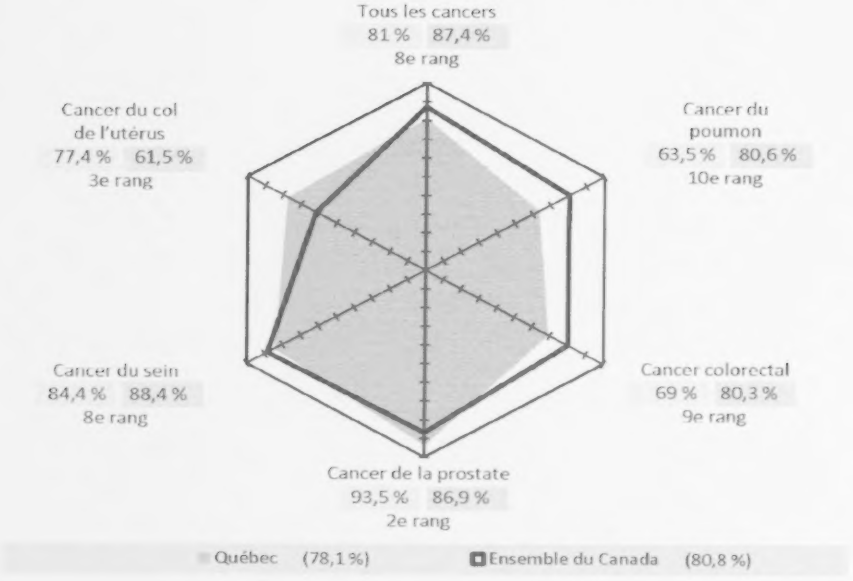
LE QUÉBEC SE SITUE AU DIXIÈME RANG À L'ÉCHELLE NATIONALE POUR LE CANCER DU POUMON

D'abord, il ressort que le Québec se situe au dixième rang à l'échelle nationale pour le cancer du poumon avec une proportion d'atteinte des balises de 63,5%, tandis que le Canada obtient un taux de 80,6%. De manière concrète, en 2005, son taux d'incidence était de 69,8 pour 100 000 habitants au Québec, alors qu'il était de 56,5 au Canada (tableau P5 à la fin de cette section). Même si le taux d'incidence est beaucoup plus élevé pour le cancer du sein (98,0 pour 100 000 femmes) de même que pour le cancer de la

prostate (99,2 pour 100 000 hommes), c'est le cancer du poumon qui entraîne le plus fort taux de mortalité ainsi que le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP)[2] tant au Québec qu'au Canada.

Figure 35

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR CERTAINS TYPES DE CANCER



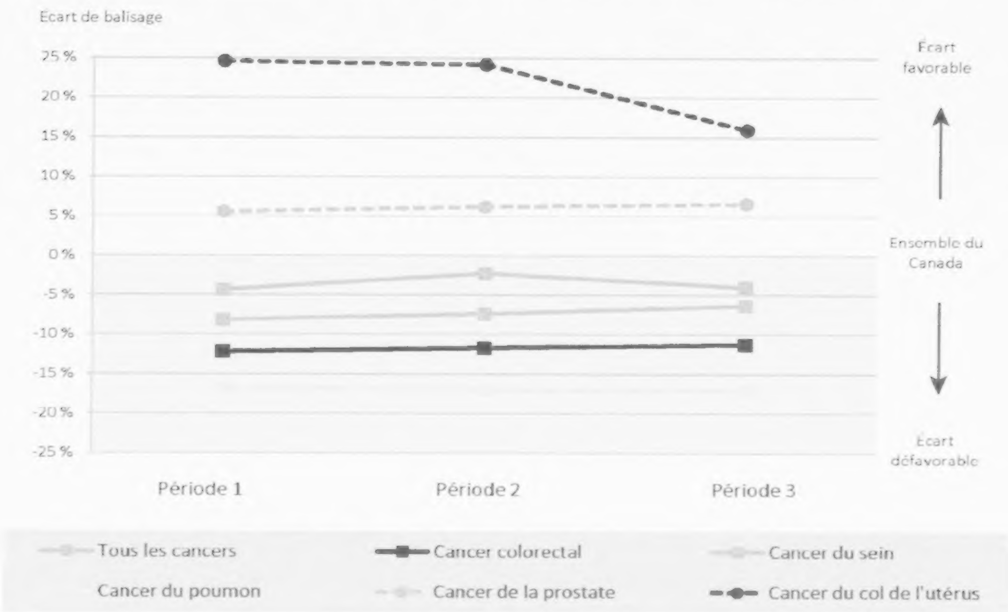
Lorsque la variation temporelle des données pour le cancer est prise en considération, le Québec apparaît relativement constant dans ses proportions d'atteinte des balises (figure 36). Pour tous les cancers, même si le Québec se trouve sous la balise d'excellence, il tend à s'en rapprocher. En fait, il n'y a que pour le cancer du poumon que le Québec, qui est déjà bien en deçà de la balise, continue à perdre du terrain sur le plan comparatif. Les résultats pour le cancer du col de l'utérus constituent une exception qui mérite d'être mentionnée. En effet, tout en maintenant une performance supérieure à celle du Canada, le Québec a connu une détérioration pour ce cancer : l'écart de balisage est passé de 24,6 % en 2002 à 15,9 % en 2005. En d'autres mots, le Québec, qui se hissait au premier rang, est relégué en troisième position à l'échelle nationale durant cette période.

POUR TOUS LES CANCERS, MÊME SI LE QUÉBEC SE TROUVE SOUS LA BALISE D'EXCELLENCE, IL TEND À S'EN RAPPROCHER. EN FAIT, IL N'Y A QUE POUR LE CANCER DU POUMON QUE LE QUÉBEC, QUI EST DÉJÀ BIEN EN DEÇÀ DE LA BALISE, CONTINUE À PERDRE DU TERRAIN.

2. Les APVP sont une mesure sommaire de la mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée a priori comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité relative liée à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre jusqu'à 75 ans.

Figure 36

ÉVOLUTION DU POSITIONNEMENT RELATIF DU QUÉBEC DANS L'ATTEINTE DES BALISES POUR LE CANCER

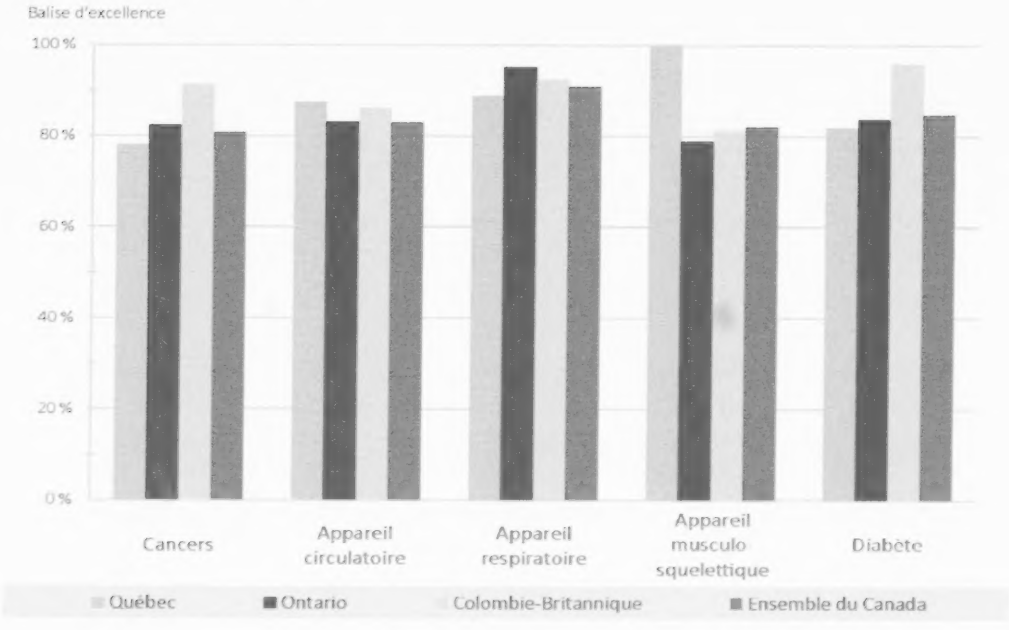


Pour les autres maladies chroniques, le Québec est aussi demeuré relativement constant dans sa proportion d'atteinte des balises. Cependant, au chapitre des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, un recul est observé au Québec de 2001 à 2005 : celui-ci est passé du troisième au cinquième rang à l'échelle nationale. Pendant la même période, l'Ontario et la Colombie-Britannique connaissaient des améliorations considérables : ces deux provinces sont passées, respectivement, du quatrième au premier rang et du neuvième au troisième rang.

Les données de 2008 révèlent de leur côté que ce sont 11,2 % des habitants du Québec qui souffrent d'arthrite, comparativement à 14,7 % pour la Colombie-Britannique et à 16,9 % pour l'Ontario. Ainsi, dans le domaine des maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique – essentiellement dans le cas de l'arthrite –, le Québec se démarque positivement en obtenant le meilleur résultat à l'échelle nationale (figure 37 et tableau P8 à la fin de cette section). C'est aussi au Québec que se trouve la proportion la plus faible de personnes ayant une limitation d'activité en raison de cette maladie.

Figure 37

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LES MALADIES CHRONIQUES



En résumé, le Québec obtient également des résultats avantageux en ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil circulatoire ; par contre, il accuse un retard pour les cancers, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire et le diabète (tableau P11 à la fin de cette section). De plus, comme nous le verrons dans la section suivante, l'information disponible pour cette dernière maladie montre l'importance des aspects organisationnels et des services pour son évaluation, de même que pour les suivis requis par le système de santé et de services sociaux.

Les aspects organisationnels et les services

Nous analysons maintenant quelques indicateurs liés aux aspects organisationnels et aux services qui reflètent la qualité des soins liés aux maladies chroniques. Les données concernent essentiellement le suivi médical du diabète ainsi que les interventions chirurgicales relatives aux maladies de l'appareil circulatoire, puisque ce sont les études disponibles actuellement.

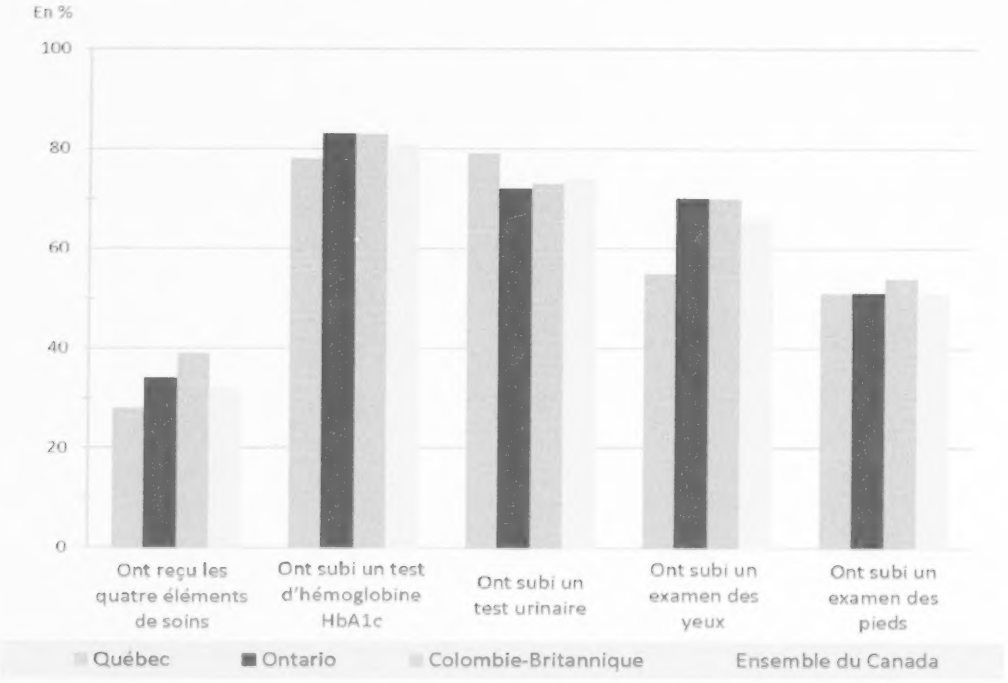
En plus d'être une maladie chronique, le diabète est un facteur de risque pour d'autres maladies chroniques. Sa prévalence est de 6,0% au Québec, alors qu'elle est de 5,9% dans l'ensemble du Canada, de 6,2% en Ontario et de 4,9% en Colombie-Britannique (tableau P9 à la fin de cette section et rubrique *Statistiques* dans le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca). Or, même si la prévalence du

MÊME SI LES PERSONNES DIABÉTIQUES SONT MOINS NOMBREUSES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE COMPARATIVEMENT AU QUÉBEC ET À L'ONTARIO, ELLES Y REÇOIVENT DES SOINS PLUS COMPLETS.

diabète est plus faible au Québec qu'en Ontario (et qu'elle est à peu près la même au Québec et dans l'ensemble du Canada), le score global de l'Ontario est meilleur que celui du Québec pour l'atteinte des balises. Cela tient au fait qu'au chapitre du suivi médical des diabétiques, le Québec a tendance à offrir une gamme de soins beaucoup moins étendue que ce qui est recommandé (figure 38). En effet, même si le Québec arrive premier au Canada pour les tests urinaires, avec 79,0 % des diabétiques ayant subi un tel test en 2007 contre 74,0 % pour l'ensemble du Canada, il obtient des résultats moins favorables pour les autres éléments de soins recommandés : le test d'hémoglobine HbA1c (huitième rang), l'examen des yeux (huitième rang) ainsi que l'examen des pieds (quatrième rang). Par ailleurs, ce ne sont que 28,0 % des Québécois atteints de diabète qui, en 2007, ont reçu les quatre éléments de soins recommandés, comparativement à 32,0 % des Canadiens, ce qui place le Québec au septième rang à l'échelle nationale. À titre comparatif, cette proportion atteint 34,0 % en Ontario et 39,0 % en Colombie-Britannique. Cela signifie que même si les personnes diabétiques sont moins nombreuses en Colombie-Britannique, comparativement au Québec et à l'Ontario, elles y reçoivent des soins plus complets.

Figure 38

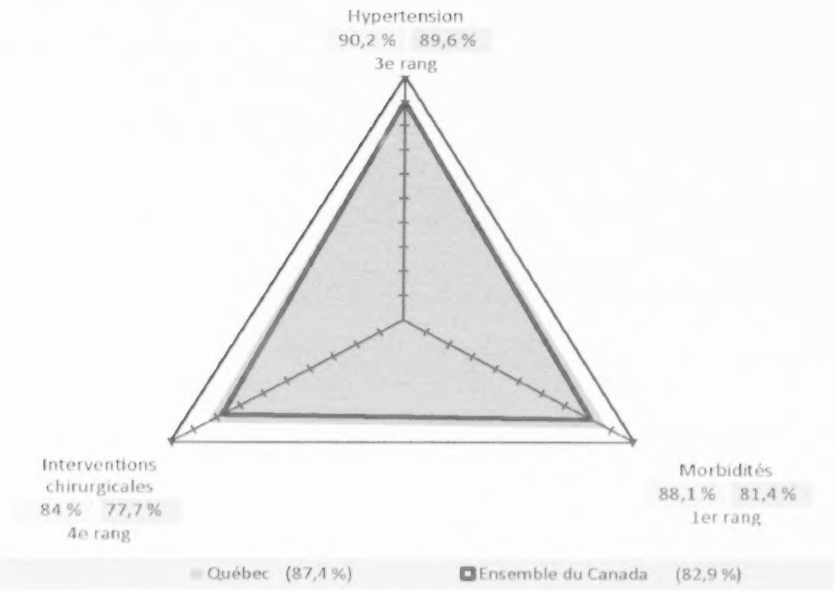
TAUX OBSERVÉS AU QUÉBEC, EN ONTARIO, EN COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AU CANADA POUR LES SOINS RECOMMANDÉS POUR LE DIABÈTE



En ce qui concerne les interventions chirurgicales liées aux maladies de l'appareil circulatoire[3], la situation est plus avantageuse pour le Québec (figure 39). En effet, le Québec compte parmi les provinces qui ont les taux les plus élevés d'interventions chirurgicales dans ce domaine, en plus d'obtenir le meilleur résultat combiné pour les taux de mortalité et les années potentielles de vie perdues à cause de ces maladies. À titre d'exemple, le taux ajusté des interventions coronariennes percutanées est de 195 pour 100 000 habitants au Québec, alors que ce taux est de 177 pour l'ensemble du Canada, ce qui place le Québec au deuxième rang à l'échelle nationale. En Ontario et en Colombie-Britannique, ce taux est respectivement de 164 et de 180. Pour les revascularisations cardiaques, le taux québécois est de 294 pour 100 000 habitants, alors qu'il n'est que de 258 au Canada, de 234 en Ontario et de 245 en Colombie-Britannique ; le Québec se situe ainsi au premier rang à l'échelle nationale. Enfin, pour les taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, le Québec obtient le premier rang pour les maladies vasculaires cérébrales, le deuxième rang pour la cardiopathie ischémique (derrière la Colombie-Britannique) de même que le deuxième rang pour l'insuffisance cardiaque (derrière l'Ontario).

Figure 39

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES AU QUÉBEC POUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE



3. La méthode de collecte des données relatives aux interventions coronariennes percutanées et aux revascularisations cardiaques est présentement en processus de révision. Il convient donc d'utiliser les statistiques suivantes avec prudence.

> L'ANALYSE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

Cette section concerne les résultats obtenus par les différentes régions du Québec pour l'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques. Tout d'abord, il est question des habitudes de vie et des facteurs de risque, pour lesquels nous tentons de faire ressortir les points marquants et les tendances dans les régions du Québec. Ensuite, à partir des résultats régionaux pour les diverses maladies chroniques, nous effectuons quelques constats et soulevons certaines questions. Bien sûr, il ne s'agit pas d'analyser systématiquement chaque région, puisque cette analyse se trouve en annexe du présent document.

Les habitudes de vie et les facteurs de risque

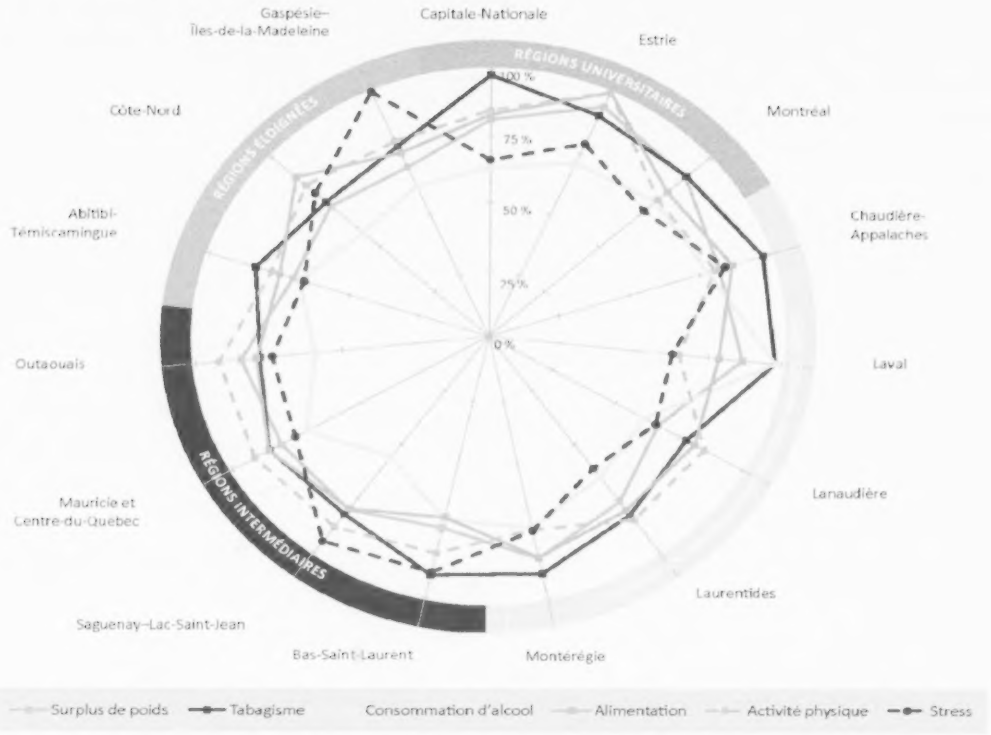
L'ESTRIE OBTIENT LE PREMIER RANG POUR LES INDICATEURS DE SURPLUS DE POIDS, D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET D'ALIMENTATION.

Pour les habitudes de vie et les facteurs de risque, l'Estrie obtient le premier rang pour son résultat global combiné de même que pour les indicateurs de surplus de poids, d'activité physique et d'alimentation (figure 40). Par exemple, ce sont 64,5% des habitants de l'Estrie qui déclarent consommer plus de cinq portions de fruits et légumes par jour, comparativement à 53,2% des Québécois, et ce, même si le Québec est déjà la meilleure province sur le plan canadien. De plus, les résultats de l'Estrie sont avantageux (ils sont tous supérieurs à ceux du Québec) pour les habitudes de vie et les facteurs de risque analysés (figure 40 et tableau R5 à la fin de cette section).

Par ailleurs, les résultats de Laval sont aussi très bons : cette région obtient le meilleur score à l'échelle de la province pour ses faibles taux de tabagisme et de consommation d'alcool. Toutefois, sa contre-performance dans d'autres volets atténue considérablement son résultat global : douzième rang pour l'alimentation, quatorzième rang pour le stress et quinzième rang pour l'activité physique. C'est pourquoi Laval ne se classe qu'en quatrième position au Québec.

Figure 40

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE



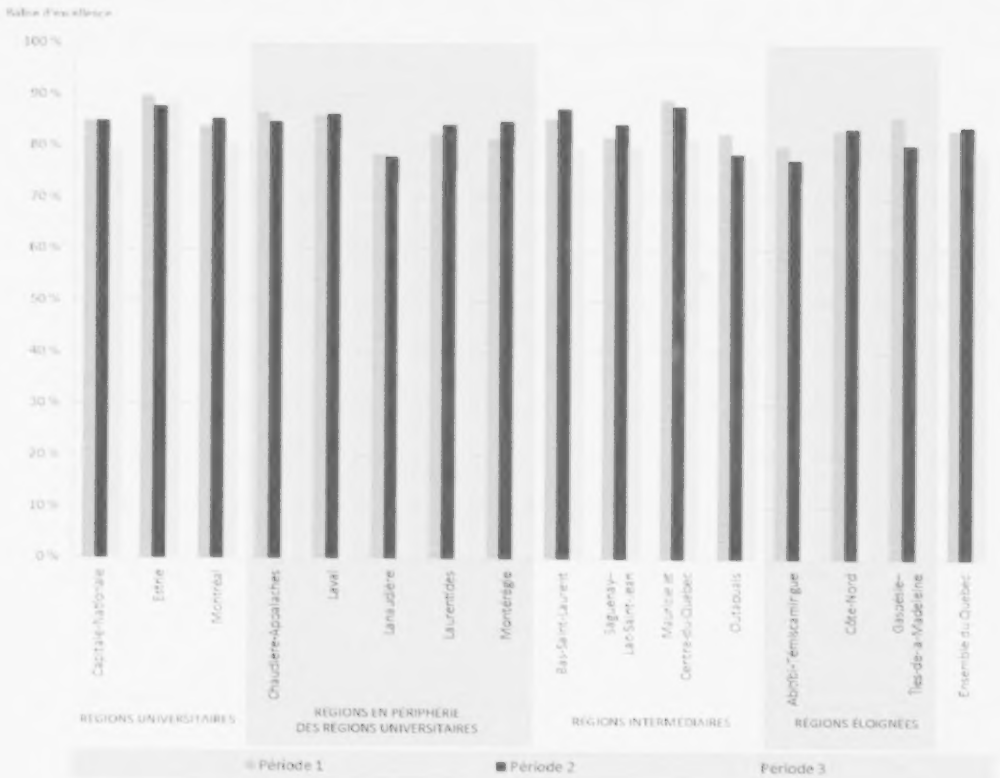
De façon générale, les régions éloignées obtiennent de moins bons résultats et tendent encore à se détériorer en ce qui a trait aux habitudes de vie et aux facteurs de risque. Par exemple, en ce qui concerne les indicateurs relatifs au surplus de poids, les régions éloignées que sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se classent respectivement au treizième, au douzième et au quatorzième rang parmi les quinze régions comparées. Leurs résultats par rapport au tabagisme ne sont pas plus avantageux, puisqu'elles obtiennent respectivement la neuvième, la quinzième et la quatorzième position.

DE FAÇON GÉNÉRALE, LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES OBTIENNENT DE MOINS BONS RÉSULTATS ET TENDENT ENCORE À SE DÉTÉRIORER EN CE QUI A TRAIT AUX HABITUDES DE VIE ET AUX FACTEURS DE RISQUE.

Selon l'évolution temporelle des données, les régions demeurent relativement stables vis-à-vis de leur classement entre elles et de celui par rapport à l'ensemble du Québec (figure 41). Toutefois, il convient de mentionner qu'au cours de 2003 à 2008, la Montérégie a amélioré sa proportion d'atteinte des balises dans toutes les sous-dimensions à l'exception de l'activité physique, ce qui l'a fait passer, durant cette période, du treizième au sixième rang à l'échelle de la province. Enfin, la région de Lanaudière obtient le plus faible résultat global en atteignant les balises d'excellence dans une proportion de 72,9% contre 79,1% pour le Québec entier ; cette région se maintient au quinzième rang pour les données relatives aux habitudes de vie et aux facteurs de risque.

Figure 41

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE



Les morbidités et les problèmes de santé principaux

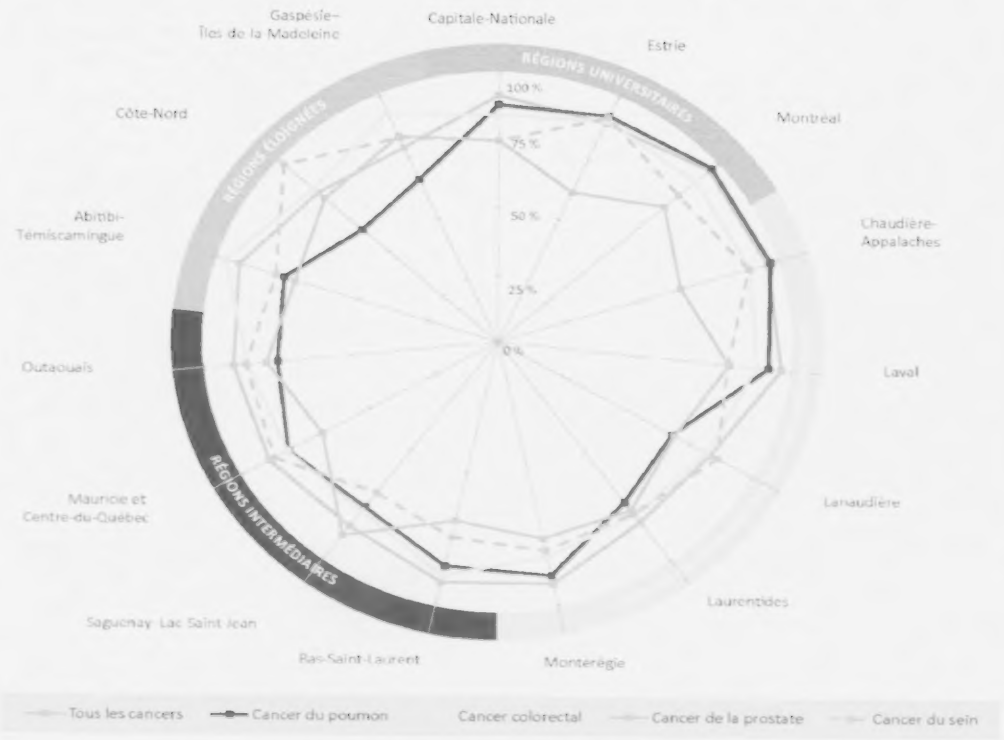
Les données sur le cancer placent Montréal au premier rang avec une proportion d'atteinte des balises de 88,4 % contre 83,5 % pour le Québec. Avec un taux de 465,9 pour 100 000 habitants (comparativement à 499,3 pour le Québec), Montréal a le deuxième plus bas taux d'incidence pour tous les cancers, ce qui situe la région juste derrière l'Abitibi-Témiscamingue, où ce taux est de 442,1. De plus, c'est dans la région métropolitaine que s'observe le plus bas taux d'incidence du cancer du poumon avec 73,8 cancers pour 100 000 habitants contre 83,0 pour le Québec. Il est à noter que Montréal obtient le plus faible taux de mortalité au Québec pour le cancer du poumon. Par ailleurs, les régions de la Chaudière-Appalaches et de Laval présentent également de bons résultats avec des proportions d'atteinte des balises respectivement de 87,7 % et de 87,1 %.

LES DONNÉES SUR LE CANCER PLACENT MONTRÉAL AU PREMIER RANG AVEC UNE PROPORTION D'ATTEINTE DES BALISES DE 88,4 % CONTRE 83,5 % POUR LE QUÉBEC.

Néanmoins, les résultats de certaines régions par rapport au cancer sont moins avantageux : ce sont Lanaudière, les Laurentides et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. En effet, ces régions atteignent les balises d'excellence dans des proportions de 77,9 %, de 78,4 % et de 79,9 %, respectivement, alors que le résultat moyen québécois est de 83,5 %. À titre d'exemple, c'est au Saguenay–Lac-Saint-Jean que l'on trouvait en 2005 le plus fort taux d'incidence du cancer du sein : celui-ci s'élevait à 151 pour 100 000 femmes, comparativement à 124 au Québec (figure 42 et tableau R6 à la fin de cette section).

Figure 42

DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LES CANCERS

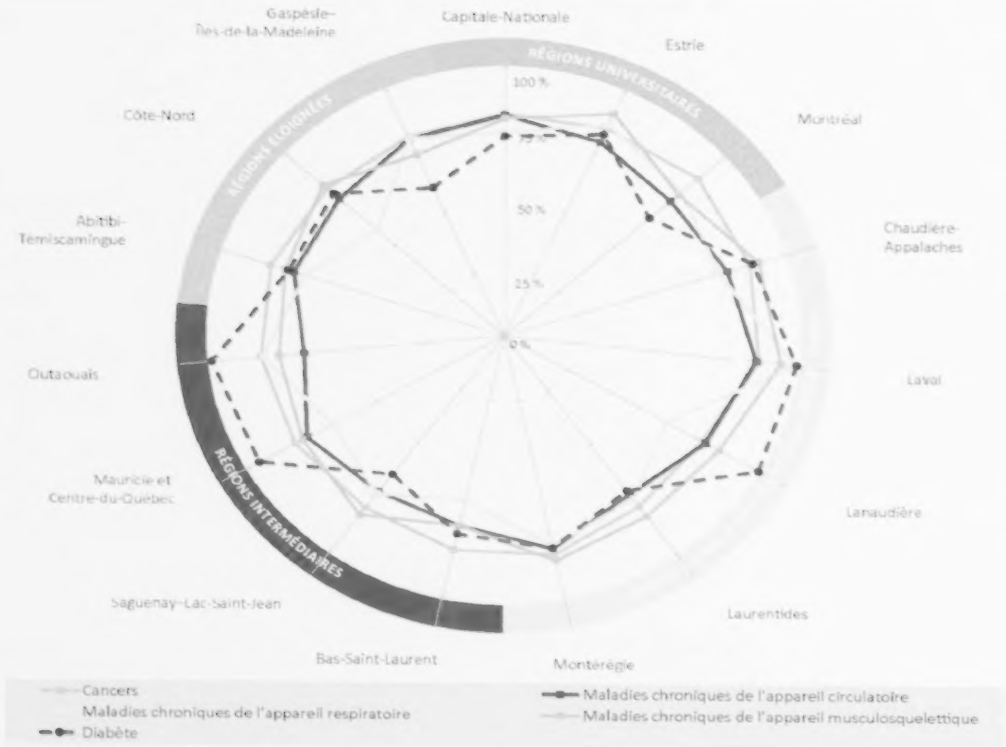


L'analyse des résultats pour les autres maladies chroniques classe la région de Laval au premier rang pour sa performance globale. Au chapitre des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, Laval atteint les balises dans une proportion de 86,2 %, comparativement à 77,9 % pour le Québec (tableau R7 à la fin de cette section). Cependant, pour les interventions chirurgicales, Laval ne se classe qu'au treizième rang. De plus, c'est dans la région lavalloise que l'on observe le plus faible taux de personnes présentant de l'hypertension, avec 14,7 % en 2008, contre 16,3 % au Québec. Ce pourcentage est d'autant plus évocateur de l'état de santé cardiovasculaire dans cette région qu'il est bien connu que l'hypertension est à la fois une maladie chronique et un facteur de risque pour d'autres maladies de l'appareil circulatoire. Outre Laval, les régions de la Capitale-Nationale et de la Montérégie obtiennent aussi des résultats avantageux dans le domaine des maladies chroniques de l'appareil circulatoire.

Par ailleurs, les régions les plus désavantagées sont l'Outaouais, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et le Bas-Saint-Laurent, toutes des régions dites intermédiaires. Selon les données sur les maladies chroniques des appareils respiratoire et musculosquelettique, ce sont généralement les régions intermédiaires ou éloignées qui présentent les moins bons résultats. Enfin, les données sur le diabète révèlent que le regroupement auquel est associée une région ne semble pas influencer la prévalence de cette maladie (figure 43 et tableaux R8 et R9 à la fin de cette section).

Figure 43

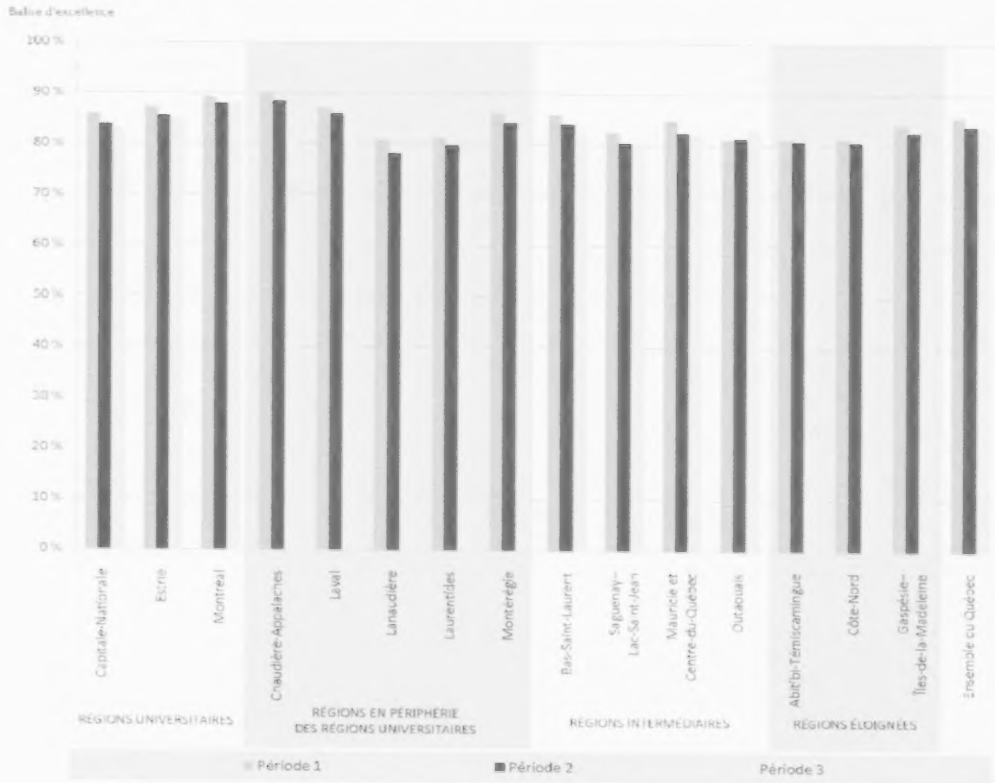
DEGRÉS D'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LES MALADIES CHRONIQUES



Sur le plan de l'évolution temporelle des résultats, au chapitre des données combinées sur le cancer, les deux seules régions où est observée une amélioration de la proportion d'atteinte des balises sont l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue. Quant aux régions de Laval et de la Côte-Nord, elles demeurent stables (figure 44). L'un des indicateurs qui témoignent de cette progression avec le plus d'éloquence est le taux ajusté d'incidence du cancer (tous types de cancer). Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue, le taux d'incidence est passé de 531,7 cancers pour 100 000 habitants en 2001 à 442,1 en 2005. Pendant la même période, cette proportion n'a pratiquement pas varié pour l'ensemble du Québec : elle est demeurée à un peu moins de 500 cancers pour 100 000 habitants. Toutes les données par indicateur sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

Figure 44

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LE CANCER

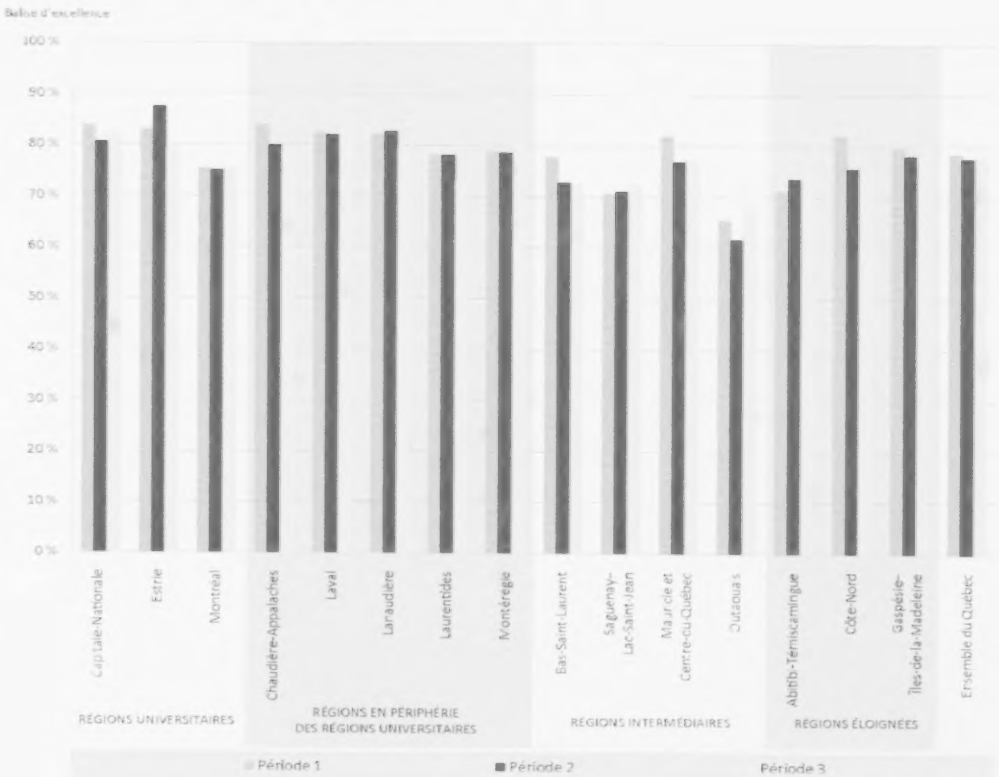


Pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, les régions de Laval, de la Montérégie, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont celles qui se sont le plus améliorées relativement à l'ensemble des régions du Québec pour la période allant de 2003 à 2008 (figure 45). Plus particulièrement, Laval est la seule région québécoise où la proportion de personnes souffrant d'hypertension a baissé durant cette période. Il faut aussi mentionner la bonne performance de la Montérégie, qui est passée du neuvième au deuxième rang, juste derrière Laval, pour les indicateurs d'hypertension.

Par ailleurs, les résultats pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sont demeurés assez stables. Néanmoins, chacune des régions du Québec a connu une diminution de sa proportion de personnes souffrant d'arthrite au cours de 2003 à 2008, alors que le taux global du Québec est passé de 13,9 à 11,2 %.

Figure 45

ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DES BALISES SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC POUR LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE



LE TAUX DE PRÉVALENCE DU DIABÈTE A CONNU UNE AUGMENTATION POUR L'ENSEMBLE DU QUÉBEC : IL EST PASSÉ DE 4,6 % EN 2003 À 6,0 % EN 2008

Enfin, le taux de prévalence du diabète a connu une augmentation pour l'ensemble du Québec : il est passé de 4,6 % en 2003 à 6,0 % en 2008. Une hausse relativement importante de ce taux a également été observée dans la majorité des régions du Québec. L'une des exceptions notables est l'Outaouais, où le taux de prévalence du diabète a chuté à 3,0 % en 2008, alors qu'il était de 5,4 % en 2003 (tableau R10 à la fin de cette section).

Tableau P1
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Adaptation

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Total des dépenses de santé par habitant, en $CAN, 2008	Acquisition de ressources financières	4653
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2008		3310
Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB), 2008		11,7
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2007	Acquisition de ressources humaines	1,11
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2007		1,06
Taux d'infirmières, pour 1 000 habitants, 2007		8,4
Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2006-2007	Innovations technologiques	108,7
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2006-2007		29,2
Taux d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants, 2007		15,5
Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants, 2007		8,7
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2008	Adaptation aux besoins de la population	13,5
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt fort ou très fort, en %, 2008	Mobilisation de la communauté	57,4
TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise		**79,6 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RANG**	ÉTENDUE		[illegible]	[illegible] D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
10 sur 10	4653	5730	5730	81,2 %
10 sur 10	3310	4162	4162	79,5 %
5 sur 10	6,9	15,3	14,6	80,1 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2 sur 10	0,85	1,16	1,16	95,7 %
2 sur 10	0,58	1,13	1,13	93,8 %
7 sur 10	6,8	11,0	11,0	76,6 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6 sur 10	69,7	176,3	176,3	61,7 %
5 sur 10	16,9	40,2	40,2	72,7 %
5 sur 10	10,2	21,7	21,7	71,1 %
1 sur 10	4,0	8,7	8,7	100,0 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10 sur 10	7,0	13,5	7,0	51,9 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10 sur 10	57,4	81,3	81,3	70,6 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10 sur 10	73,6 %	91,2 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P2
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2007	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	71,0
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %, 2007		49,5
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour des tests diagnostiques, en %, 2007		64,0
Proportion ajustée des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2007	Accessibilité des services préventifs	60,1
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2008		73,9
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,8
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une chirurgie non urgente, en %, 2007	Accessibilité des services chirurgicaux	37,9
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006		63,7
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006		85,5
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2005-2006	Qualité	380
Taux de césariennes, en %, 2005-2006		22,9
Proportion de la population jugeant la qualité des soins reçus bonne ou excellente, en %, 2005		85,3
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2008	Productivité	76,5
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours, 2006-2007		8,0
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio, 2006-2007		7036
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio, 2006-2007		3357
TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la balise		**80,0 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RANG**	ÉTENDUE		[illegible]	[illegible] D'ATTEINTE DE LA BALISE***
	MIN	MAX		
10 sur 10	71,0	92,2	92,2	77,0 %
2 sur 10	38,6	50,1	50,1	98,8 %
1 sur 10	47,8	64,0	64,0	100,0 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7 sur 10	48,3	71,0	71,0	84,6 %
3 sur 10	61,0	74,0	74,0	99,9 %
10 sur 10	69,8	82,2	82,2	84,9 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9 sur 10	36,3	51,0	51,0	74,3 %
10 sur 10	63,7	130,5	130,5	48,8 %
10 sur 10	85,5	190,8	190,8	44,8 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3 sur 10	313	683	313	82,4 %
-	21,1	30,4	-	-
8 sur 10	84,0	91,4	91,4	93,3 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10 sur 10	76,5	82,9	82,9	92,3 %
7 sur 10	6,0	9,0	6,0	75,0 %
7 sur 10	4828	9182	9182	76,6 %
7 sur 10	2839	6204	6204	54,1 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9 sur 10	**78,4 %**	**93,6 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données

*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province

Tableau P3
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Atteinte des buts

INDICATEURS*	[illegible]	QUÉBEC
Espérance de vie à la naissance, en années, 2006	Efficacité – santé globale	80,9
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2008		59,3
Indice fonctionnel global de l'état de santé : proportion de la population ayant des problèmes modérés ou graves, en %, 2005		19,9
[illegible]		
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2008	Efficacité – facteurs de risque	15,5
Taux de tabagisme, en %, 2008		23,3
Taux de consommation d'alcool, en %, 2008		17,3
Prévalence du diabète, en %, 2008		6,0
Proportion ajustée de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2007		51,4
[illegible]		
Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1 000 adolescentes du même âge, 2005	Efficacité – santé maternelle et infantile	19,7
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2005		5,7
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2006		5,1
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2006		4,1
[illegible]		
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2008	Efficacité – santé mentale	77,4
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2005		15,1
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2004		499
[illegible]		

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
3 sur 10	78,2	81,4	81,4	99,4 %
4 sur 10	54,1	63,0	63,0	94,1 %
7 sur 10	14,5	22,5	14,5	72,9 %
2 sur 10	13,5	27,4	13,5	87,1 %
5 sur 10	18,6	25,1	18,6	79,8 %
4 sur 10	15,5	22,3	15,5	89,6 %
4 sur 10	4,7	8,8	4,7	78,3 %
9 sur 10	40,2	52,3	40,2	78,2 %
6 sur 10	6,3	29,8	12,5	63,5 %
3 sur 10	5,4	6,6	5,4	94,7 %
6 sur 10	2,1	6,1	4,0	78,4 %
9 sur 10	1,4	4,3	2,6	63,4 %
1 sur 10	70,9	77,4	77,4	100,0 %
10 sur 10	8,3	15,1	8,3	55,0 %
10 sur 10	182	499	267	53,4 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P3 (suite)
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants, 2005	Efficacité – traumatismes	24,4
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical, en %, 2005		6,9
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants, 2005		504
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2004		563
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2006	Efficacité – morbidités	451,1
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2005		183,6
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		1844
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2005		148,1
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		876
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2005		48,1
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		168
[illegible]		[illegible]
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2005	Satisfaction globale	87,2
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %, 2005		83,5
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %, 2005		91,7
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %, 2005		86,2
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de lignes d'information téléphonique sur la santé fournis, en %, 2003		84,2
[illegible]		[illegible]
TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise		**84,0 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
4 sur 10	20,1	35,4	23,6	96,7 %
2 sur 10	6,6	9,9	6,6	95,7 %
3 sur 10	450	839	450	89,3 %
3 sur 10	456	1011	456	81,1 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
5 sur 10	403,3	534,1	403,3	89,4 %
8 sur 10	152,5	196,2	152,5	83,1 %
9 sur 10	1303	1872	1303	70,7 %
1 sur 10	148,1	243,1	148,1	100,0 %
4 sur 10	735	1265	735	83,9 %
8 sur 10	42,7	52,9	42,7	88,8 %
5 sur 10	146	226	146	87,0 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
6 sur 10	83,3	89,3	89,3	97,6 %
6 sur 10	77,5	86,4	86,4	96,6 %
6 sur 10	89,8	94,5	94,5	97,0 %
5 sur 10	76,4	90,5	90,5	95,2 %
5 sur 10	76,9	92,1	92,1	91,4 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
5 sur 10	77,5 %	92,3 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P4

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Habitudes de vie et facteurs de risque

INDICATEURS*	SOUS-CATÉGORIES	QUÉBEC
Proportion de la population présentant de l'embonpoint, en %, 2008	Surplus de poids	32,6
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2008		15,5
[illegible]		[illegible]
Taux de tabagisme, en %, 2008	Tabagisme	23,3
[illegible]		[illegible]
Taux de consommation d'alcool, en %, 2008	Consommation d'alcool	17,3
[illegible]		[illegible]
Proportion de la population consommant plus de 5 portions de fruits et légumes par jour, en %, 2008	Alimentation	53,2
[illegible]		[illegible]
Proportion ajustée de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2007	Activité physique	51,4
[illegible]		[illegible]
Proportion de la population percevant leurs journées assez ou extrêmement stressantes, en %, 2008	Stress	26,0
[illegible]		[illegible]
TOTAL HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE, en % d'atteinte de la balise		**80,7 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
2 sur 10	31,6	38,3	31,6	96,9 %
2 sur 10	13,5	27,4	13,5	87,1 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
5 sur 10	18,6	25,1	18,6	79,8 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
4 sur 10	15,5	22,3	15,5	89,6 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
1 sur 10	32,6	53,2	53,2	100,0 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
9 sur 10	40,2	52,3	40,2	78,2 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
10 sur 10	11,6	26,0	11,6	44,6 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
3 sur 10	**72,7 %**	**89,2 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P5
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL — INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES
Cancers

INDICATEURS*	SOUS-DIVISION	QUÉBEC
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2006	Tous les cancers	451
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2005		184
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		1844
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 habitants, 2005	Cancer du poumon	69,8
Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, pour 100 000 habitants, 2005		55,5
Années potentielles de vie perdues par cancer du poumon, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		571
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer colorectal, pour 100 000 habitants, 2005	Cancer colorectal	52,8
Taux ajusté de mortalité par cancer colorectal, pour 100 000 habitants, 2005		22,3
Années potentielles de vie perdues par cancer colorectal, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		178
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 hommes, 2005	Cancer de la prostate	99
Taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate, pour 100 000 hommes, 2005		20,4
Années potentielles de vie perdues par cancer de la prostate, pour 100 000 hommes de 0 à 74 ans, 2000-2002		59,2
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer du sein, pour 100 000 femmes, 2005	Cancer du sein	98
Taux ajusté de mortalité par cancer du sein, pour 100 000 femmes, 2005		23,9
Années potentielles de vie perdues par cancer du sein, pour 100 000 femmes de 0 à 74 ans, 2000-2002		364
[illegible]		[illegible]
Taux ajusté d'incidence du cancer du col de l'utérus, pour 100 000 femmes, 2005	Cancer du col de l'utérus	6,4
Taux ajusté de mortalité par cancer du col de l'utérus, pour 100 000 femmes, 2005		1,3
[illegible]		[illegible]
TOTAL CANCERS, en % d'atteinte de la balise		**78,1 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

RANG**	ÉTENDUE		CIBLE***	% D'ATTEINTE DE LA CIBLE
	MIN	MAX		
5 sur 10	403	534	403	89,4 %
8 sur 10	153	196	153	83,1 %
9 sur 10	1303	1872	1303	70,7 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
9 sur 10	48,2	70,0	48,2	69,1 %
8 sur 10	40,4	57,7	40,4	72,8 %
10 sur 10	279	571	279	48,8 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
6 sur 10	44,9	67,3	44,9	85,0 %
9 sur 10	13,7	25,1	14,2	63,7 %
9 sur 10	104	198	104	58,3 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
3 sur 10	93	150	93	93,3 %
2 sur 10	16,7	28,9	20,4	100,0 %
5 sur 10	51,6	88,9	51,6	87,2 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
7 sur 10	83	103	91	92,9 %
8 sur 10	19,0	26,9	19,0	79,5 %
8 sur 10	294	474	294	80,7 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
2 sur 10	4,0	9,1	4,0	62,5 %
3 sur 10	0,0	2,5	1,2	92,3 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
8 sur 10	**72,1 %**	**91,2 %**		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P6

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

INDICATEURS**	SOUS-DOMAINES	QUÉBEC
Proportion de la population souffrant d'hypertension, en %, 2008	Hypertension	16,3
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux ajusté de mortalité par cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants, 2005	Morbidités	81,6
Années potentielles de vie perdues par cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		521
Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, pour 100 000 habitants, 2005		26,1
Années potentielles de vie perdues par maladies vasculaires cérébrales, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		227
Taux ajusté de mortalité par insuffisance cardiaque, pour 100 000 habitants, 2005		8,8
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Taux ajusté d'interventions coronariennes percutanées, pour 100 000 habitants, 2004-2005	Interventions chirurgicales*	195
Taux ajusté de pontages aortocoronariens, pour 100 000 habitants, 2005-2006		81,9
Taux ajusté de revascularisations cardiaques, pour 100 000 habitants, 2003-2004		294
[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTAL MALADIES CIRCULATOIRES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		**87,4 %**

* La méthode de collecte des données relative aux interventions coronariennes percutanées et aux revascularisations cardiaques est présentement en processus de [illegible]. Il convient donc d'utiliser ces statistiques avec prudence.

** Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

	RANG***	ÉTENDUE		BALISE****	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	3 sur 10	14,7	20,4	14,7	90,2 %
	2 sur 10	73,1	132,0	73,1	89,6 %
	4 sur 10	404	810	404	77,5 %
	1 sur 10	26,1	49,5	26,1	100,0 %
	4 sur 10	190	356	190	83,6 %
	2 sur 10	7,9	18,7	7,9	89,8 %
	2 sur 10	126	224	224	86,8 %
	7 sur 10	69,6	125,9	125,9	65,1 %
	1 sur 10	205	294	294	100,0 %
	1 sur 10	**68,5 %**	**87,4 %**		

évision.

*** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P7

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques de l'appareil respiratoire

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	QUÉBEC
Taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie, pour 100 000 habitants, 2005	Morbidités	12,0
Taux ajusté de mortalité par bronchite, asthme et emphysème, pour 100 000 habitants, 2005		29,3
[illegible]		[illegible]
TOTAL MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		**88,9 %**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
1 sur 10	12,0	17,5	12,0	100,0 %
8 sur 10	17,9	31,3	22,8	77,8 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
5 sur 10	78,4 %	95,1 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P8

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES
Maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	QUÉBEC
Proportion de la population souffrant d'arthrite, en %, 2008	Morbidités	11,2
Proportion de la population ayant une limitation d'activité, en %, 2005		26,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]
TOTAL MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		100,0 %

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

Tableau P9

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES
Diabète

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	QUÉBEC
Prévalence du diabète, en %, 2008	Prévalence	6,0
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]
Proportion ajustée de la population diabétique ayant reçu les quatre éléments de soins recommandés au cours de la dernière année, en %, 2007	Suivi médical	28
Proportion ajustée de la population diabétique ayant subi un test d'hémoglobine (HbA1c) au cours de la dernière année, en %, 2007		78
Proportion ajustée de la population diabétique ayant subi un test urinaire au cours de la dernière année, en %, 2007		79
Proportion ajustée de la population diabétique ayant subi un examen des yeux au cours des deux dernières années, en %, 2007		55
Proportion ajustée de la population diabétique ayant subi un examen des pieds au cours de la dernière année, en %, 2007		51
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		[illegible]
TOTAL DIABÈTE, en % d'atteinte de la balise		82,0 %

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca)

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
1 sur 10	11,2	21,3	11,2	100,0 %
1 sur 10	26,9	39,4	26,9	100,0 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
1 sur 10	60,4 %	100,0 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
4 sur 10	4,7	8,8	4,7	78,3 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
7 sur 10	21	39	39	71,8 %
8 sur 10	75	86	84	92,9 %
1 sur 10	63	79	79	100,0 %
8 sur 10	46	80	80	68,8 %
4 sur 10	41	60	54	94,4 %
[illegible]	[illegible]	[illegible]		
6 sur 10	64,0 %	97,6 %		

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

Tableau P10
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL
Synthèse temporelle

FONCTIONS ET SOUS-DIMENSIONS	PÉRIODE 1		PÉRIODE 2		PÉRIODE 3	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Acquisition de ressources financières	83,4 %	10	80,7 %	10	80,3 %	10
Acquisition de ressources humaines	90,6 %	1	91,1 %	3	88,7 %	3
Innovations technologiques	65,8 %	4	70,1 %	5	76,4 %	2
Adaptation aux besoins de la population	95,2 %	6	76,2 %	10	51,9 %	10
Mobilisation de la communauté	69,5 %	10	69,1 %	10	70,6 %	10
Adaptation	[illegible]	[illegible]	**77,4 %**	**10**	[illegible]	[illegible]
Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	90,6 %	6	90,7 %	3	91,9 %	3
Accessibilité des services préventifs	87,0 %	9	89,5 %	9	89,8 %	7
Accessibilité des services chirurgicaux	51,8 %	10	67,2 %	10	56,0 %	10
Qualité	84,3 %	4	87,7 %	3	87,8 %	3
Productivité	71,1 %	8	72,4 %	9	74,5 %	8
Production	[illegible]	[illegible]	**81,5 %**	**9**	[illegible]	[illegible]
Efficacité – santé globale	86,3 %	9	85,0 %	10	88,8 %	5
Efficacité – facteurs de risque	78,7 %	4	84,4 %	5	82,6 %	4
Efficacité – santé maternelle et infantile	79,6 %	6	63,0 %	6	75,0 %	6
Efficacité – santé mentale	57,0 %	10	64,4 %	10	69,4 %	10
Efficacité – traumatismes	93,4 %	2	93,1 %	2	90,7 %	2
Efficacité – morbidités	85,4 %	4	86,6 %	4	86,1 %	4
Satisfaction globale	93,7 %	7	97,1 %	3	95,6 %	4
Atteinte des buts	[illegible]	[illegible]	**81,9 %**	**6**	[illegible]	[illegible]

Tableau P11

TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Synthèse temporelle

	PÉRIODE 1		PÉRIODE 2		PÉRIODE 3	
	Résultat	Rang	Résultat	Rang	Résultat	Rang
Tous les cancers	79,4 %	9	80,4 %	8	81,0 %	8
Cancer du poumon	59,9 %	10	59,8 %	10	63,5 %	10
Cancer colorectal	68,3 %	9	70,0 %	9	69,0 %	9
Cancer de la prostate	92,9 %	1	89,4 %	2	93,5 %	2
Cancer du sein	83,4 %	8	86,3 %	7	84,4 %	8
Cancer du col de l'utérus	96,9 %	1	98,4 %	1	77,4 %	3
Cancers	[illegible]	[illegible]	**80,7 %**	**4**	[illegible]	[illegible]
Hypertension	84,8 %	4	84,8 %	3	90,2 %	3
Morbidités	85,9 %	3	86,2 %	2	88,1 %	1
Interventions chirurgicales*	89,4 %	1	89,4 %	1	84,0 %	4
Maladies chroniques de l'appareil circulatoire	[illegible]	[illegible]	**86,8 %**	**2**	[illegible]	[illegible]
Morbidités	86,5 %	3	90,7 %	1	88,9 %	5
Maladies chroniques de l'appareil respiratoire	[illegible]	[illegible]	**90,7 %**	**1**	[illegible]	[illegible]
Morbidités	100 %	1	100 %	1	100 %	1
Maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique	[illegible]	[illegible]	**100 %**	**1**	[illegible]	[illegible]
Prévalence	78,3 %	2	76,5 %	5	78,3 %	4
Suivi médical	85,6 %	7	85,6 %	7	85,6 %	7
Diabète	[illegible]	[illegible]	**81,0 %**	**6**	[illegible]	[illegible]
Surplus de poids	89,4 %	2	96,4 %	2	92,0 %	2
Tabagisme	72,3 %	10	73,0 %	10	79,8 %	5
Consommation d'alcool	81,4 %	3	100,0 %	1	89,6 %	4
Alimentation	100 %	1	100 %	1	100 %	1
Activité physique	77,0 %	7	79,4 %	7	78,2 %	9
Stress	51,8 %	10	57,4 %	10	44,6 %	10
Habitudes de vie et facteurs de risque	[illegible]	[illegible]	**84,4 %**	**3**	[illegible]	[illegible]

* La méthode de collecte des données relative aux interventions coronariennes percutanées et aux revascularisations cardiaques est présentement en processus de révision. Il convient donc d'utiliser ces statistiques avec prudence.

Tableau R1

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Dépenses nettes en santé par habitant, en $CAN, 2007-2008	Acquisition de ressources financières	2770	2250	2929
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2007-2008		4356	3670	4551
Dépenses nettes en santé physique par habitant, en $CAN, 2007-2008		1100	845	1125
Dépenses nettes pour le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans et plus, en $CAN, 2007-2008		2156	2163	2544
Dépenses nettes en services sociaux et réadaptation par habitant, en $CAN, 2007-2008		531	386	498
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,1	77,6	98,3
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2008	Acquisition de ressources humaines	1,28	1,17	1,04
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2008		1,66	1,34	1,95
Taux des effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants, 2007-2008		35,8	30,3	35,6
Taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC), pour 1 000 habitants, 2007-2008		9,08	6,74	7,38
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		98,4	72,6	84,1
Taux de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants, 2007-2008	Acquisition de ressources d'infrastructures	2,6	2,1	2,6
Taux de lits de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, 2007-2008		38,4	34,2	47,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		89,9	75,6	100,0
Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2007	Innovations technologiques	110,8	96,2	93,6
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2007		30,0	19,1	22,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		67,5	50,7	53,5

	[illegible]					[illegible]				[illegible]				[illegible]		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	1732	1385	1438	1384	1384	2395	2118	1993	1610	2354	2807	2860	2130	3178	9959	7775
	2704	2207	2309	2149	2240	3724	3434	3048	2387	3738	4081	4519	3588	4593	12197	9396
	493	422	410	443	427	772	740	596	532	760	930	913	746	1217	3508	3230
	2172	1667	2001	1769	1934	2572	1879	2139	2019	2493	2583	2452	2189	3346	19811	4228
	388	328	341	321	292	463	451	426	354	493	523	537	415	280	1717	1467
	63,8	51,8	55,5	52,4	52,7	83,6	74,1	70,0	58,8	83,7	93,1	84,6	76,0	90,4	100,0	100,0
	0,95	0,83	0,81	0,87	0,87	1,35	1,08	0,96	0,92	1,33	1,63	1,87	1,03	2,45	3,63	2,64
	0,69	0,63	0,57	0,49	0,62	0,99	0,82	0,74	0,62	0,95	0,75	1,10	1,10	0,28	0,56	0,14
	22,8	17,9	18,2	17,3	17,4	30,6	28,6	25,4	20,1	30,8	30,8	34,7	26,6	34,0	66,0	63,0
	4,96	3,59	3,73	3,39	3,58	6,77	6,71	5,62	4,03	6,38	6,82	7,61	5,7	8,9	12,4	8,8
	51,1	41,6	41,1	38,3	41,6	70,8	63,4	55,6	45,4	69,0	71,7	84,5	62,2	76,9	82,2	75,9
	1,3	1,3	1,2	1,4	1,3	2,3	2,5	2,0	1,5	2,1	2,0	2,4	1,9	2,3	1,4	-
	36,7	26,6	33,7	29,7	29,7	35,9	33,1	33,5	34,1	38,5	38,1	34,0	37,0	30,7	30,6	-
	84,1	53,2	68,6	57,4	66,5	87,1	81,9	75,3	61,5	80,6	77,5	82,3	75,6	76,5	59,0	-
	123,2	82,4	89,6	109,1	91,1	145,8	130,5	113,6	99,3	123,6	127,1	173,3	103,4	149,5	74,5	63,3
	29,9	25,2	24,4	21,2	19,2	26,5	18,8	23,3	10,8	19,6	41,7	28,8	22,7	21,9	17,7	9,8
	71,4	54,0	55,1	56,9	49,3	73,8	60,2	63,7	41,6	68,7	65,7	84,5	57,1	68,4	42,7	30,0

Tableau R1 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Adaptation

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2005	Adaptation aux besoins de la population	9,8	10,3	13,4	
Indice composite de réactivité : Respect de la dignité, 2006-2007		8,78	8,63	8,39	
Indice composite de réactivité : Autonomie et confidentialité, 2006-2007		8,60	8,48	8,17	
Indice composite de réactivité : Rapidité de la prise en charge, 2006-2007		7,89	7,72	7,47	
Indice composite de réactivité : Accès aux réseaux d'aide sociale, 2006-2007		8,32	8,06	7,80	
Indice composite de réactivité : Qualité de l'environnement, 2006-2007		8,42	8,36	8,04	
Indice composite de réactivité : Choix du prestataire de soins, 2006-2007		8,55	8,31	8,06	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,8	92,6	87,4	
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $CAN, 2008-2009	Mobilisation de la communauté	57,6	54,1	52,2	
Proportion des personnes considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt fort ou très fort, en %, 2008		57,7	62,5	58,3	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		58,5	60,1	58,7	
Taux de rétention des hospitalisations pondérées, en %, 2007-2008	Attraction des clientèles	97,4	91,5	96,0	
Taux de desserte extrarégionale pondérée, en %, 2007-2008		32,5	18,8	35,8	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		95,5	73,2	89,3	
TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise		84,2	71,8	82,8	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	8,2	12,9	14,3	12,0	12,4	9,8	13,0	12,8	16,9	14,2	9,3	8,3	12,3	-	-	-
	8,60	8,34	8,54	8,49	8,52	8,70	8,76	8,68	8,35	8,78	8,69	8,98	8,67	-	-	-
	8,48	8,29	8,38	8,27	8,38	8,61	8,63	8,56	8,19	8,68	8,59	8,96	8,38	-	-	-
	7,62	7,37	7,53	7,48	7,57	7,75	7,85	7,79	7,27	7,91	7,77	8,05	7,59	-	-	-
	8,09	7,88	8,07	7,77	7,98	8,22	8,37	8,33	7,79	8,32	8,29	8,76	8,02	-	-	-
	8,43	8,04	8,30	8,11	8,20	8,50	8,47	8,47	8,05	8,62	8,49	8,80	8,18	-	-	-
	8,40	8,13	8,29	8,09	8,21	8,37	8,49	8,35	7,86	8,41	8,30	8,72	8,22	-	-	-
	90,6	87,9	86,7	88,3	88,6	84,3	91,9	91,4	84,6	91,4	94,6	99,8	90,0			
	50,4	42,7	47,6	39,3	42,6	74,4	71,1	64,1	67,9	83,0	101,1	127,3	55,1	244,8	590,1	-
	52,4	55,8	53,1	49,5	55,7	67,4	64,1	56,3	53,1	70,2	77,5	80,4	57,4	82,7	-	-
	52,4	51,5	51,7	46,2	51,4	71,1	67,8	60,2	58,1	76,2	87,8	100,6	57,3	100,0	100,0	-
	66,5	47,8	61,2	64,1	67,7	75,9	91,0	77,3	77,0	78,9	59,3	61,0	77,8	45,7	46,4	18,6
	6,2	28,5	7,7	11,9	3,4	6,7	4,6	4,3	2,3	7,3	1,3	1,6	21,0	35,3	0,5	0,9
	42,8	64,3	42,0	48,6	34,5	48,9	38,1	45,7	42,7	50,7	32,3	33,8	69,2	72,8	74,6	19,8
	63,0	57,8	56,1	55,8	54,2	74,8	70,4	65,3	56,8	73,0	77,7	82,7	69,6	81,0	68,1	54,2

Tableau R2
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2008	Accessibilité des services médicaux et diagnostiques	79,3	71,9	63,1
Proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille (GMF), en %, mars 2009		40,7	32,9	9,1
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2007		1,04	0,99	0,91
Indice de consommation des services médicaux spécialisés, 2007		1,13	1,00	1,15
Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants, 2007-2008		70	80	59
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,1	77,4	61,7
Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2008	Accessibilité des services préventifs	68,2	64,9	58,3
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2008		78,4	72,8	67,4
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,1	69,2	70,5
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,1	86,5	82,0
Proportion des appels répondus par Info-Santé en moins de 4 minutes, en %, 2005-2006	Accessibilité des services d'orientation	72,6	83,3	74,2
Délais moyens d'attente pour les appels répondus par Info-Santé, en minutes, 2005-2006		4,8	1,7	2,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		54,3	92,0	61,6
Taux d'accessibilité globale des services sociaux généraux, pour 1 000 habitants, 2008-2009	Accessibilité des services sociaux	8,4	9,6	7,2
Intensité des services sociaux : nombre d'interventions par usager, 2008-2009		2,4	3,2	4,0
Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours, 2008-2009		9,0	11,7	12,2
Délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, en jours, 2008-2009		6,9	18,2	9,3
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		67,3	47,0	56,5
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, 2008-2009	Accessibilité des services d'urgence	15,2	11,0	19,8
Proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, en %, 2008-2009		5,0	1,5	9,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		66,1	90,4	43,6

	[illegible]					[illegible]				[illegible]				[illegible]		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	82,7	76,0	73,6	75,7	74,5	80,5	85,5	71,4	70,1	67,4	78,3	79,2	72,7	73,3	-	-
	37,6	24,8	30,9	21,7	23,7	34,5	24,8	41,7	22,0	38,0	28,6	11,1	24,3	-	-	-
	1,01	0,97	1,03	1,02	0,99	1,06	1,02	0,90	0,97	1,13	1,50	1,42	1,00	2,87	3,82	3,19
	0,96	1,01	0,93	0,88	0,95	0,94	0,88	0,89	0,68	0,91	1,00	1,04	1,00	0,82	1,23	0,96
	79	68	78	80	74	81	94	80	70	100	110	113	73	131	279	184
	81,6	72,2	75,9	71,2	71,7	80,2	77,6	78,4	64,2	82,8	89,0	99,8	72,4	89,4	100,0	94,7
	62,3	65,2	67,1	63,4	65,0	66,6	77,6	62,2	63,7	60,7	72,2	59,3	63,0	80,5	-	-
	77,5	74,9	76,3	74,1	74,8	74,3	83,3	67,0	78,9	78,8	78,0	82,9	73,9	75,9	-	-
	68,6	71,0	71,5	78,3	68,4	62,8	45,4	56,8	72,3	69,9	65,5	70,6	68,5	70,2	-	-
	87,0	88,2	88,8	90,2	87,0	85,1	86,0	77,7	89,7	87,4	90,1	88,7	85,8	93,6	-	-
	72,5	81,8	68,9	77,1	56,7	82,9	-	59,4	79,9	86,0	92,6	99,2	72,6	-	-	-
	2,5	3,3	3,2	2,6	4,6	1,5	2,4	5,1	2,3	1,5	0,9	0,1	3,2	-	-	-
	70,5	57,0	61,3	71,6	47,1	91,8	70,8	46,8	77,2	93,3	96,7	100,0	63,2	-	-	-
	12,6	3,8	9,0	6,9	5,1	15,6	11,9	9,8	6,3	16,4	21,8	36,4	8,5	32,7	-	-
	3,1	3,7	3,0	3,6	4,6	3,7	4,0	3,5	3,7	3,7	3,6	3,6	3,6	3,0	-	-
	22,5	9,3	16,6	21,5	26,6	10,9	12,0	8,0	12,4	14,0	24,9	7,5	15,6	-	-	-
	17,9	9,9	16,7	15,2	17,5	14,2	22,7	19,6	7,9	10,6	33,4	4,9	14,4	-	-	-
	40,8	55,2	41,2	40,9	42,5	56,8	51,0	55,2	55,3	56,4	48,0	84,9	46,2	77,9	-	-
	12,7	17,7	24,2	18,5	19,9	13,5	10,9	14,9	21,4	12,5	13,5	11,7	17,1	-	-	-
	0,5	3,0	14,4	6,9	7,7	4,9	1,0	4,6	12,0	3,1	5,2	2,3	6,4	-	-	-
	92,8	80,6	32,9	51,1	45,9	70,9	100,0	69,2	38,0	91,6	88,1	96,2	55,2	-	-	-

Tableau R2 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Production

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS ADMINISTRATIVES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Accessibilité des services chirurgicaux	48	50	51
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de 6 mois, en %, février 2009		5,2	2,5	2,1
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants, 2001-2005		58	50	48
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de 6 mois, en %, février 2009		8,1	21,9	7,4
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de 6 mois, en %, février 2009		0,3	0,4	0,3
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de 6 mois, en %, février 2009		2,9	12,7	12,2
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 6 mois, en %, février 2009		3,7	3,9	4,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,3	85,2	87,5
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2001-2005	Qualité	337	484	359
Taux d'incidence de C. difficile, pour 10 000 jours-patients, 2008-2009		8,5	2,8	7,2
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants, 2007-2008		76,3	42,2	104,1
Taux de césariennes, en %, 2002-2006		22,6	16,4	23,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		78,2	89,9	72,1
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2008	Productivité	80,5	78,1	75,2
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus (ajustée), en jours, 2007-2008		6,4	6,0	7,3
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours, 2007-2008		5,8	7,0	14,2
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations pour hystérectomie, en jours, 2007-2008		3,0	2,4	3,2
Proportion d'occupation des lits de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation, 2007-2008		6,0	2,8	5,1
Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %, 2007-2008		15,0	15,4	13,4
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,9	88,7	78,3
TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la balise		75,7	83,2	68,6

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS-RESSOURCES ET RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ÉLOIGNÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	59	50	47	51	52	58	49	51	45	54	45	46	51	43	-	35
	0,6	0,0	5,2	1,5	0,6	1,7	0,0	3,8	1,2	1,4	0,0	0,0	2,6	-	-	-
	71	53	52	52	59	67	94	62	67	55	63	70	58,0	92,0	126,0	144,0
	0,4	7,4	4,6	3,9	4,2	1,2	0,0	6,5	1,3	0,0	7,0	0,0	6,4	-	-	-
	0,1	0,9	0,4	18,7	0,1	0,2	0,1	0,1	1,5	0,2	2,3	3,9	1,1	-	-	-
	5,6	25,4	13,2	8,2	10,6	3,5	2,3	7,3	24,7	5,4	18,7	6,3	10,5	8,4	-	-
	1,2	6,7	2,9	1,7	4,2	1,0	2,7	1,1	6,6	3,6	3,8	0,7	4,1	3,9	-	-
	85,4	85,8	87,0	86,8	90,2	94,8	96,8	90,5	87,5	91,3	87,4	91,7	89,1	89,6	100,0	78,7
	395	370	512	547	462	478	653	479	443	754	795	865	452	839	2463	1468
	6,5	5,2	3,9	8,4	4,5	6,4	2,8	7,8	8,5	7,2	1,8	6,4	6,5	-	-	-
	56,7	108,4	62,2	64,7	74,7	54,7	72,2	66,5	106,1	72,5	83,8	47,4	81	420	285	194
	23,1	19,2	20,9	20,2	20,9	23,7	20,8	20,2	21,8	20,9	23,4	21,7	21,8	23,4	-	-
	85,2	78,8	98,6	70,6	86,4	80,5	79,2	74,1	62,6	64,4	72,2	70,8	73,9	27,5	17,8	27,5
	74,9	71,1	81,5	77,0	78,4	75,8	78,0	70,2	75,7	72,8	78,6	78,1	76,5	70,5	-	-
	5,5	6,5	6,2	6,2	6,4	6,0	6,5	5,7	7,0	6,1	6,2	5,6	6,5	8,6	6,9	6,5
	7,9	13,2	7,5	10,8	7,8	5,0	6,6	7,8	8,4	2,8	6,7	4,8	8,6	6,2	11,4	8,8
	2,6	2,5	3,1	2,2	3,1	3,6	2,8	2,5	2,2	2,1	2,9	2,5	3,1	1,2	1,2	1,8
	0,8	4,9	7,6	5,5	6,4	7,1	5,6	3,4	11,9	7,8	14,6	6,4	5,6	5,8	-	-
	16,3	15,4	15,7	18,9	16,4	16,5	19,7	14,7	15,9	19,1	19,3	21,2	15,8	19,1	28,5	13,4
	80,6	80,1	78,3	81,3	75,2	82,7	82,0	86,6	75,3	85,9	72,8	88,4	80,2	81,7	67,6	85,4
	80,0	76,0	69,5	70,5	68,7	80,3	80,4	72,3	68,7	81,7	77,9	88,6	70,7	76,6	71,4	71,8

Tableau R3
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Maintien et développement

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %, 2007-2008	Statut d'emploi	72,9	70,2	74,3
Proportion des employés occupant des postes à temps complet régulier, par rapport au total des employés occupant des postes réguliers, en %, 2007-2008		68,0	68,2	66,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		96,5	84,8	86,6
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %, 2007-2008	Formation	1,4	1,2	1,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,7	62,1	61,7
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau, en %, 2007-2008	Utilisation des ressources humaines	2,4	2,7	3,2
Proportion des heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, en %, 2007-2008		4,1	4,2	9,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4	81,7	54,3
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance salaire, en %, 2007-2008	Santé des professionnels	5,6	5,7	5,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,7	90,7	99,1
Taux de départ des effectifs en emploi en début d'année, en % du total des effectifs, 2007-2008	Stabilité du personnel	9,8	9,4	10,4
Taux de départ des effectifs embauchés en cours d'année, en % du total des effectifs embauchés dans la même période, 2007-2008		24,9	19,0	26,3
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,8	91,3	73,5
TOTAL MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT, en % d'atteinte de la balise		66,6	84,2	77,1

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–LES-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	71,1	73,9	67,4	67,7	71,7	70,8	66,3	70,6	75,6	71,1	73,8	73,7	71,8	72,5	30,9	34,8
	61,6	65,7	60,7	60,4	62,5	63,6	67,8	64,9	70,0	65,9	70,4	61,4	65,8	78,5	86,4	88,5
	90,7	95,5	87,7	87,8	91,8	92,0	92,0	92,8	93,7	93,6	96,8	92,4	94,2	97,9	70,4	73,0
	1,1	1,9	1,1	1,7	0,9	1,1	0,9	1,2	1,1	1,8	1,2	1,3	1,2	2,0	0,7	1,0
	59,7	100,0	80,8	94,0	49,6	57,1	47,2	65,6	57,0	94,3	63,8	72,4	65,0	100,0	38,7	51,5
	2,6	2,8	3,0	3,1	3,1	2,6	2,4	2,9	3,8	3,5	4,6	3,1	3,0	5,1	9,6	4,1
	3,4	7,8	6,8	7,0	6,3	3,8	3,1	4,6	8,7	5,0	8,5	5,0	6,6	12,0	11,6	6,2
	92,9	92,9	92,3	91,6	93,9	87,0	89,7	75,7	49,6	65,3	44,7	70,0	63,1	36,5	28,0	54,5
	5,2	5,1	6,1	6,8	5,8	5,8	6,5	5,7	6,5	5,8	7,7	6,9	5,6	7,8	5,7	3,9
	99,6	100,0	84,6	76,2	89,0	86,8	79,4	86,7	79,1	88,0	67,0	74,8	91,1	65,6	90,3	100,0
	10,5	9,7	8,0	11,6	9,8	9,9	7,8	9,5	10,3	8,5	9,8	9,9	9,9	11,5	17,0	2,4
	24,8	26,8	28,4	30,3	26,9	28,4	23,7	27,0	26,1	38,7	29,6	25,1	26,1	24,7	15,9	4,1
	75,4	75,6	82,2	85,1	74,6	72,8	90,1	76,2	74,2	70,5	71,8	77,3	75,6	72,4	73,0	100,0
	83,7	86,8	75,5	76,9	73,8	79,6	81,7	80,0	71,9	82,5	69,2	77,5	77,8	74,5	59,7	75,8

Tableau R4
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS SOCIOSANITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Espérance de vie à la naissance, en années, 2002-2006	Efficacité – santé globale	80,5	80,3	80,4
Espérance de vie à 65 ans, en années, 2002-2006		19,6	19,7	19,6
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2008		63,5	59,4	57,4
Indice fonctionnel global de l'état de santé : proportion ajustée de la population ayant des problèmes modérés ou graves, en %, 2003		11,5	12,1	16,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,0	91,4	85,7
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2008	Efficacité – facteurs de risque	15,0	12,4	13,8
Taux de tabagisme, en %, 2008		20,8	23,6	23,4
Taux de consommation d'alcool, en %, 2008		22,9	22,1	15,9
Prévalence du diabète, en %, 2008		6,3	5,7	7,1
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2008		49,6	42,0	54,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		76,0	81,9	73,1
Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins, pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans, 1999-2003	Efficacité – santé maternelle et infantile	13,8	18,8	24,9
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2002-2006		5,3	6,0	6,0
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2002-2006		5,5	4,7	4,6
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2002-2006		4,6	3,7	3,6
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		78,1	78,6	73,2
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2008	Efficacité – santé mentale	83,6	79,2	73,2
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2005		4,4	4,2	5,5
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2004-2006		17,4	19,6	11,9
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2004-2006		567	672	375
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,9	73,2	86,5
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants, 2002-2006	Efficacité – traumatismes	23,9	29,8	21,2
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical, en %, 2005		7,2	8,2	6,3
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants, 2005		508	630	388
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006		505	701	374
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		74,0	60,4	82,0

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	80,6	81,3	79,2	79,2	80,1	80,1	79,1	79,6	79,1	78,6	78,9	79,3	80,0	78,6	64,2	76,8
	19,8	20,0	18,5	18,5	19,0	19,7	18,8	19,3	18,6	18,3	18,7	19,4	19,3	18,1	11,4	17,0
	60,0	60,2	59,4	64,8	57,7	56,5	58,4	59,9	63,8	53,5	53,7	52,0	59,3	61,0	-	-
	15,1	9,3	14,7	12,3	15,1	12,5	15,2	13,6	16,2	16,2	14,7	15,8	14,4	-	-	-
	88,1	88,2	86,2	91,4	86,0	89,7	85,7	86,8	86,5	82,0	84,2	83,4	87,7	93,8	88,6	89,7
	13,8	12,0	19,6	17,3	17,2	16,9	14,1	16,5	13,3	22,2	17,9	17,6	15,5	20,0	-	-
	21,4	21,7	26,6	23,9	21,3	22,6	26,2	23,9	26,4	23,0	28,9	28,7	23,3	25,7	-	-
	16,5	9,3	16,5	17,7	15,8	15,8	26,5	19,5	16,2	19,4	17,7	17,6	17,3	18,8	-	-
	5,3	4,7	4,3	6,6	5,8	6,2	7,3	4,9	3,0	6,1	6,0	7,8	6,0	5,6	-	-
	52,1	64,6	49,5	49,5	56,8	50,6	47,6	46,0	45,6	54,0	49,8	52,5	52,4	36,0	-	-
	82,0	82,2	75,0	73,0	76,3	76,1	70,4	78,9	83,7	69,5	70,8	66,8	75,8	74,9	-	-
	8,4	18,6	17,8	19,6	16,9	8,5	13,9	15,5	20,7	15,6	25,7	11,8	18,2	17,0	85,7	57,5
	4,9	5,5	6,2	5,6	5,6	5,6	5,3	5,7	5,6	6,6	5,7	6,5	5,7	5,8	6,1	3,3
	4,5	4,5	4,7	4,4	4,0	5,1	4,7	5,3	5,4	3,8	4,6	4,6	4,7	-	17,0	8,8
	3,7	3,7	3,7	3,4	3,3	4,4	3,5	3,9	4,2	3,0	3,4	3,2	3,7	-	9,2	5,5
	91,4	79,5	76,8	80,6	85,9	82,5	86,0	77,7	71,6	87,5	75,7	87,9	78,2	76,9	37,3	54,6
	74,3	76,1	76,0	79,4	79,5	81,2	78,2	79,7	76,4	73,6	79,1	75,7	77,4	84,4	-	-
	3,8	4,3	5,1	5,0	3,6	3,6	3,8	4,9	6,8	5,7	7,2	4,6	4,7	-	-	-
	20,4	11,4	15,8	15,1	14,1	21,2	18,3	21,6	17,1	21,7	18,9	22,5	15,9	18,6	91,5	15,8
	632	365	497	481	474	693	611	694	547	750	684	743	517	614	4668	1128
	74,3	93,7	76,8	79,6	88,3	75,9	77,8	88,5	89,4	83,1	84,5	87,1	77,9	73,5	10,1	52,1
	34,1	18,1	29,6	26,3	26,6	33,2	37,2	32,3	25,2	41,5	42,4	39,9	26,9	35,9	157,7	52,2
	7,0	5,8	7,7	7,5	7,5	6,6	5,8	9,1	7,7	6,9	6,8	6,7	7,1	-	-	-
	543	410	556	582	494	617	629	566	453	697	732	755	504	-	-	-
	826	339	704	598	587	834	852	778	546	921	1081	968	591	857	4036	1271
	62,1	98,7	63,6	67,4	70,4	61,5	62,5	56,0	73,7	55,0	63,1	54,6	70,8	45,0	0,9	30,7

Tableau R4 (suite)
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES
Atteinte des buts

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2005	Efficacité – morbidités	522	575	466
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2002-2006		219	216	214
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006		1643	1670	1639
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2002-2006		181	186	197
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006		697	722	859
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2002-2006		59	54	56
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006		158	139	178
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		87,5	88,1	85,3
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis, en %, 2006-2007	Satisfaction globale	95,1	91,9	88,0
Proportion de la population très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale, en %, 2006-2007		96,8	96,2	91,1
Proportion de la population très ou assez satisfaite des soins de santé communautaire fournis, en %, 2006-2007		95,3	95,5	93,1
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,3	87,1	83,2
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio, 2000-2004	Équité	1,27	1,41	1,37
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour la mortalité infantile, ratio, 2000-2004		1,05	1,43	1,58
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio, 2000-2004		1,72	1,52	1,59
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio, 2000-2004		1,60	1,46	1,51
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années, 2000-2004		1,85	2,47	0,97
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		54,3	50,8	58,1
TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise		80,1	77,4	81,0

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	491	477	537	557	489	489	505	518	473	442	541	586	499	577	613	255
	210	214	248	243	224	221	247	224	234	229	255	244	223,4	272,1	470,4	185,3
	1600	1571	1891	1911	1704	1755	1883	1764	1790	1836	1876	2072	1719	1703	3960	837
	174	168	193	207	204	184	182	195	208	210	179	195	193	166	275	204
	626	669	835	779	799	742	826	835	906	787	906	798	792	821	1419	1027
	60	47	69	63	57	69	63	65	60	68	71	57	59	78	305	146
	161	118	176	160	154	193	190	171	192	201	174	211	168	199	1233	497
	80,7	97,7	78,1	79,6	84,9	82,8	79,6	81,3	80,1	80,5	77,8	77,1	84,2	77,3	40,6	71,2
	94,4	91,0	85,9	85,6	89,4	93,3	92,3	90,3	82,1	91,0	89,3	96,2	89,7	-	-	-
	96,0	93,6	95,5	92,5	94,8	96,3	96,9	96,1	91,1	97,3	96,2	98,3	94,1	-	-	-
	97,6	94,3	96,1	95,5	96,2	96,4	97,2	96,4	92,7	96,9	96,0	96,2	95,1	-	-	-
	93,6	95,5	95,0	92,8	95,0	97,9	98,0	96,8	91,0	97,6	96,4	99,5	95,5			
	1,22	1,25	1,26	1,17	1,40	1,14	1,28	1,15	1,42	1,00	0,78	0,66	1,28	-	-	-
	0,94	0,57	0,80	1,17	1,51	3,07	1,04	1,80	0,87	1,60	0,47	0,72	1,25	-	-	-
	1,41	1,38	1,41	1,64	1,64	1,38	1,28	1,47	1,69	1,27	1,53	1,11	1,54	-	-	-
	1,26	1,18	1,19	1,47	1,36	0,95	1,38	1,22	1,77	1,30	0,89	1,16	1,39	-	-	-
	0,85	2,22	0,58	2,12	0,99	1,12	0,62	0,80	2,98	0,80	1,03	1,93	0,93	-	-	-
	69,4	68,3	78,9	64,7	67,1	61,2	72,9	63,4	52,7	67,5	62,6	61,2	61,4			
	82,1	90,3	78,8	77,5	80,6	78,4	79,1	76,7	76,1	75,3	75,6	77,2	78,9	73,6	33,2	59,7

Tableau R5

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Habitudes de vie et facteurs de risque

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population présentant de l'embonpoint, en %, 2008	Surplus de poids	33,8	30,5	30,5
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2008		15,0	12,4	13,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,3	94,1	88,2
Taux de tabagisme, en %, 2008	Tabagisme	20,8	23,6	23,4
Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées au tabagisme, pour 100 000 habitants, 2002-2006		233	240	246
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		97,6	90,4	89,7
Taux de consommation d'alcool, en %, 2008	Consommation d'alcool	22,9	22,1	15,9
Taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool, pour 100 000 habitants, 2001-2005		5,7	4,9	5,3
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		63,3	71,0	75,5
Proportion de la population consommant plus de 5 portions de fruits et légumes par jour, en %, 2008	Alimentation	53,6	64,5	52,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		83,1	100,0	80,9
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %, 2008	Activité physique	49,6	42,0	54,8
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,7	100,0	76,6
Proportion de la population percevant leurs journées assez ou extrêmement stressantes, en %, 2008	Stress	28,3	23,7	26,6
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		66,1	78,9	70,3
TOTAL HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE, en % d'atteinte de la balise		**79,4**	**89,1**	**80,4**

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	36,2	38,1	38,7	33,4	27,9	36,9	37,1	31,3	35,4	32,4	35,6	39,6	32,6	34,5	-	-
	13,8	12,0	19,6	17,3	17,2	16,9	14,1	16,5	13,3	22,2	17,9	17,6	15,5	20,0	-	-
	52,0	68,6	66,7	76,4	84,9	73,3	80,2	80,9	84,5	70,1	72,7	69,3	81,5	70,4	-	-
	21,4	21,7	28,6	23,9	21,3	22,6	26,2	23,9	26,4	23,0	28,9	28,7	23,3	25,7	-	-
	227	223	268	285	265	246	261	264	288	292	287	269	254	260	661	214
	97,7	97,9	77,9	82,9	90,9	91,4	82,4	85,7	78,1	83,3	74,9	77,7	88,6	89,9	33,7	100,0
	16,5	9,3	16,5	17,7	15,8	15,8	26,5	19,5	16,2	19,4	17,7	17,6	17,3	18,8	-	-
	4,9	5,1	7,4	6,3	5,6	6,0	6,4	5,2	8,0	5,6	7,7	7,0	5,7	-	-	-
	78,3	88,0	61,3	68,2	73,2	70,3	65,8	71,0	59,3	67,7	58,1	61,4	69,9	49,8	-	-
	55,9	50,7	52,3	51,8	54,5	44,7	51,5	55,4	51,1	48,3	57,3	48,5	53,2	52,3	-	-
	69,7	78,8	81,1	80,3	84,5	69,3	79,8	85,9	79,2	74,9	88,6	75,2	82,5	81,1	-	-
	52,1	64,6	49,5	49,5	56,8	50,6	47,6	46,0	45,6	54,0	49,8	52,5	52,4	36,0	-	-
	80,8	65,0	84,6	84,8	73,2	83,0	83,2	91,3	92,1	77,5	84,3	80,0	80,2	100,0	-	-
	22,2	29,8	28,4	30,6	25,1	20,7	19,7	24,8	25,3	28,3	23,4	18,7	26,0	21,8	-	-
	84,2	82,8	65,8	81,1	74,5	90,3	84,9	75,4	73,9	66,1	78,9	100,0	71,9	85,8	-	-
	84,9	81,5	72,9	75,1	80,3	79,6	80,2	81,7	77,9	73,3	76,5	77,3	79,1	78,3	33,7	100,0

Tableau R6

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Cancers

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2005	Tous les cancers	522	575	466
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2002-2006		219	216	214
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2002-2006		1643	1670	1639
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,0	89,5	98,3
Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Cancer du poumon	79,0	75,8	73,8
Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, pour 100 000 habitants, 2002-2006		63,5	63,9	60,2
Années potentielles de vie perdues par cancer du poumon, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		604	544	503
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4	92,3	97,4
Taux ajusté d'incidence du cancer colorectal, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Cancer colorectal	65,0	59,6	60,4
Taux ajusté de mortalité par cancer colorectal, pour 100 000 habitants, 2002-2006		27,2	26,1	25,9
Années potentielles de vie perdues par cancer colorectal, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		178	166	167
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,6	90,5	90,0
Taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 hommes, 2001-2005	Cancer de la prostate	134	114	101
Taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate, pour 100 000 hommes, 2002-2006		20,8	28,7	23,2
Années potentielles de vie perdues par cancer de la prostate, pour 100 000 hommes de 0 à 74 ans, 2000-2002		56,8	84,1	61,2
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,1	61,3	75,9
Taux ajusté d'incidence du cancer du sein, pour 100 000 femmes, 2001-2005	Cancer du sein	131	112	120
Taux ajusté de mortalité par cancer du sein, pour 100 000 femmes, 2002-2006		30,3	24,2	29,5
Années potentielles de vie perdues par cancer du sein, pour 100 000 femmes de 0 à 74 ans, 2000-2002		422	339	359
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,1	91,7	82,1
TOTAL CANCERS, en % d'atteinte de la balise		83,0	85,1	88,4

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	491	477	537	557	489	489	505	518	473	442	541	586	499	577	613	255
	210	214	248	243	224	221	247	224	234	229	255	244	223	272	470	185
	1600	1571	1891	1911	1704	1755	1883	1764	1790	1836	1876	2072	1719	1703	3960	837
	96,1	96,9	83,4	82,7	92,0	91,7	85,3	89,4	90,8	92,4	82,5	79,1	91,3	82,0	52,7	100,0
	76,3	80,3	105,5	102,0	81,3	83,8	96,4	83,2	89,2	96,9	116,4	103,4	83,0	102,5	197,2	41,3
	63,1	61,5	85,9	80,2	67,6	69,7	77,5	70,9	80,6	76,9	97,6	83,2	68,0	83,9	259,5	-
	465	529	709	631	532	564	614	645	684	624	765	853	571	538	685	72
	97,4	92,5	88,5	73,7	89,1	85,6	76,6	81,9	75,1	78,3	61,9	60,1	86,3	78,7	42,8	100,0
	61,3	62,9	64,8	68,9	67,5	61,4	73,5	63,7	65,1	61,2	61,3	65,2	64,0	98,7	169,9	53,5
	22,6	26,1	29,0	29,0	28,9	26,1	28,0	27,1	27,8	24,0	22,8	23,9	26,8	39,1	-	-
	192	169	187	189	177	168	192	201	169	141	246	150	178	309	146	183
	90,1	88,3	81,6	78,8	82,0	89,2	78,4	82,4	85,5	97,2	84,5	93,4	85,6	54,6	85,9	88,5
	127	108	124	130	119	104	101	136	72	104	103	98	114	80	-	-
	27,6	21,9	25,2	23,2	24,7	27,0	21,4	22,0	26,0	22,4	21,9	21,5	23,8	-	-	-
	64,0	54,0	60,5	47,1	51,2	69,6	40,8	69,7	71,6	73,6	55,5	50,4	59,2	88,3	-	37,9
	65,3	79,0	89,4	77,3	74,8	88,2	89,6	88,7	78,0	72,5	78,4	83,7	73,2	68,2	-	100,0
	119	125	125	130	124	145	151	118	111	115	118	135	124	159	93	75
	27,6	28,8	25,9	33,9	29,6	29,8	32,8	27,8	27,2	30,7	23,8	30,3	29,2	-	-	-
	297	411	336	325	387	390	415	318	373	412	264	297	364	242	124	230
	89,5	78,5	86,2	78,7	79,4	74,6	89,9	87,5	86,1	79,4	98,1	83,0	81,2	84,6	100,0	100,0
	87,7	87,1	77,9	78,4	83,4	81,9	79,9	82,0	83,2	83,5	81,3	81,0	83,5	73,3	65,2	97,7

Tableau R7

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques de l'appareil circulatoire

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Proportion de la population souffrant d'hypertension, en %, 2008	Hypertension	15,9	17,2	15,5	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		92,5	85,5	94,8	
Taux ajusté de mortalité par cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants, 2002-2006	Morbidités	94,2	100,0	111,4	
Années potentielles de vie perdues par cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		449	545	561	
Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, pour 100 000 habitants, 2002-2006		32,1	34,1	34,2	
Années potentielles de vie perdues par maladies vasculaires cérébrales, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		261	177	244	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,1	78,4	70,8	
Taux ajusté d'interventions coronariennes percutanées, pour 100 000 habitants, 2004-2005	Interventions chirurgicales	230	247	172	
Taux ajusté de pontages aortocoronariens, pour 100 000 habitants, 2005-2006		87,0	67,6	75,5	
Taux ajusté de revascularisations cardiaques, pour 100 000 habitants, 2003-2004		325	358	271	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,6	74,5	61,6	
TOTAL MALADIES CIRCULATOIRES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		82,4	79,4	75,8	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	16,8	14,7	17,2	18,9	15,1	20,3	18,7	15,7	15,1	16,4	20,3	22,0	16,3	14,1	-	-
	87,5	100,0	85,5	77,8	97,4	72,4	78,6	93,6	97,4	89,6	72,4	69,8	90,2	100,0	-	-
	86,9	96,0	107,0	116,8	118,0	91,4	91,4	109,4	120,9	118,6	104,2	100,2	106,9	77,0	100,1	92,9
	455	391	530	496	543	426	498	595	637	517	368	486	521	284	188	216
	33,3	30,3	33,2	37,8	35,9	37,4	40,0	33,4	34,2	43,1	33,2	41,3	34,7	34,9	-	-
	186	124	234	208	200	238	271	266	295	187	291	221	227	91	572	124
	94,1	96,2	73,8	72,2	72,0	78,7	72,7	69,7	65,1	70,3	79,4	73,0	73,5	96,7	69,5	97,8
	192	180	231	185	198	198	203	217	106	175	226	308	194,5	-	-	-
	74,9	75,9	88,6	89,9	99,3	81,8	75,5	72,0	58,9	92,6	80,6	117,2	81,9	-	-	-
	307	268	353	287	309	280	284	304	182	261	348	419	294	-	-	-
	66,5	62,4	78,3	68,5	74,2	66,9	66,1	68,2	42,8	66,0	75,1	100,0	70,0	-	-	-
	79,6	86,2	79,2	72,8	81,2	72,7	72,4	77,2	68,4	75,3	75,6	79,9	77,9	98,4	69,5	97,8

Tableau R8

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques de l'appareil respiratoire

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie, pour 100 000 habitants, 2002-2006	Morbidités	12,4	9,7	12,2
Taux ajusté de mortalité par maladies chroniques du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2002-2006		34,2	33,8	30,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		76,1	86,6	80,9
TOTAL MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		76,1	86,6	80,9

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau R9

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population souffrant d'arthrite, en %, 2008	Morbidités	11,6	8,3	12,1
Proportion de la population ayant une limitation d'activité, en %, 2005		26,7	29,6	26,9
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		61,3	91,0	79,5
TOTAL MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES CHRONIQUES, en % d'atteinte de la balise		61,3	91,0	79,5

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles
Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS NORDIQUES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	11,6	9,1	21,4	10,9	11,0	16,8	10,9	12,7	9,0	11,0	17,9	11,1	12,1	-	-	-
	36,0	27,2	31,8	40,2	34,8	37,8	42,3	42,8	41,8	44,8	40,9	34,2	34,9	56,1	218,4	51,6
	76,6	99,5	63,8	75,1	80,0	62,8	73,4	67,2	82,5	71,3	58,4	80,3	76,2	48,5	12,5	52,7
	76,6	99,5	63,8	75,1	80,0	62,8	73,4	67,2	82,5	71,3	58,4	80,3	76,2	48,5	12,5	52,7

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS NORDIQUES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	9,3	8,7	10,6	11,5	10,9	15,0	12,5	10,7	11,4	12,2	11,7	14,7	11,2	8,7	-	-
	26,3	26,0	26,8	26,0	25,5	27,1	24,3	30,2	29,9	27,4	25,4	26,7	26,9	25,7	-	-
	90,8	94,4	84,5	82,8	85,7	72,5	83,2	79,0	77,0	78,4	83,3	73,7	82,2	95,0	-	-
	90,8	94,4	84,5	82,8	85,7	72,5	83,2	79,0	77,0	78,4	83,3	73,7	82,2	95,0	-	-

Tableau R10

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS MALADIES CHRONIQUES

Diabète

INDICATEUR*	SOUS-DIMENSION	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	
Prévalence du diabète, en %, 2008	Prévalence	6,3	5,7	7,1	
Total sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		74,6	82,5	66,2	
TOTAL DIABÈTE, en % d'atteinte de la balise		74,6	82,5	66,2	

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	5,3	4,7	4,3	6,6	5,8	6,2	7,3	4,9	3,0	6,1	6,0	7,8	6,0	5,6	-	-
	88,7	100,0	100,0	71,2	81,0	75,8	64,4	95,9	100,0	77,0	78,3	60,3	78,3	83,9	-	-
	88,7	100,0	100,0	71,2	81,0	75,8	64,4	95,9	100,0	77,0	78,3	60,3	78,3	83,9	-	-

Constats et questionnements

> Constats et questionnements

L'ANALYSE D'UN VASTE ENSEMBLE D'INDICATEURS PERMET D'EXAMINER DE MANIÈRE SIMULTANÉE ET DYNAMIQUE DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AINSI QUE DE FORMULER CERTAINS CONSTATS. DE PLUS, LE REGARD PARTICULIER QUI A ÉTÉ PORTÉ CETTE ANNÉE SUR LES INDICATEURS RELATIFS AUX MALADIES CHRONIQUES PERMET D'APPROFONDIR UN DOMAINE SPÉCIFIQUE D'ACTION DU SYSTÈME. PARMI LES NOMBREUX CONSTATS QUI ÉMERGENT DE NOTRE ANALYSE, PLUSIEURS ONT DÉJÀ ÉTÉ NOTÉS DANS LE PREMIER RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, QUI PORTAIT SUR LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS (CSBE, 2009). CELA N'EST PAS ÉTONNANT ÉTANT DONNÉ QUE LES SYSTÈMES DE SANTÉ SE TRANSFORMENT GRADUELLEMENT ET QU'UN CERTAIN TEMPS EST NÉCESSAIRE POUR DÉCELER DES MODIFICATIONS VIS-À-VIS DES INDICATEURS QUI PERMETTENT D'EN ANALYSER LA PERFORMANCE.

Le Commissaire adopte une perspective globale et intégrée de la performance afin que l'analyse tienne compte de plusieurs aspects et fasse ressortir les grandes tendances. Par ailleurs, le fait que le rapport d'appréciation de cette année réitère certains constats traduit la validité et la stabilité des indicateurs étudiés. Enfin, dans le but de déterminer des changements pouvant être apportés au système qui auraient un impact positif sur sa performance globale, le Commissaire a fait le choix méthodologique d'explorer plus à fond un domaine, qui lui permet d'affiner son analyse, ainsi que de cibler des leviers de changement.

Dans cette section, nous soulevons certains constats et questionnements issus de notre analyse des indicateurs de monitorage. La présentation de ces constats ne s'apparente pas à un jugement final sur la performance du système de santé et de services sociaux, puisque les indicateurs ne permettent pas à eux seuls d'élucider les causes des problèmes et les raisons des succès. Afin d'aller au-delà des constats et des questionnements, le Commissaire a instauré une démarche en trois étapes : l'état de situation sur les maladies chroniques, la consultation d'experts, de décideurs et de citoyens, par l'intermédiaire de son Forum de consultation, ainsi que la recension d'écrits scientifiques. Cette démarche donne un sens aux recommandations sur le thème des maladies chroniques, sujet du rapport de 2010, et met en évidence leurs implications.

La première partie présente les constats et les questionnements relatifs à la performance globale du système de santé et de services sociaux à l'échelle du Québec et de ses régions. La seconde porte spécifiquement sur la problématique des maladies chroniques.

Les principaux constats et questionnements

Performance d'ensemble

- La performance du système de santé et de services sociaux du Québec est légèrement en dessous de la moyenne canadienne.
- Les régions du Québec atteignent les balises d'excellence selon des taux variables pour chacune des fonctions de la performance.
- Le Québec présente une amélioration des indicateurs de performance supérieure au reste du Canada, particulièrement en ce qui concerne la fonction de production.

Adaptation

- L'investissement dans le système de santé et de services sociaux en matière de ressources financières est moindre au Québec, comparativement aux autres provinces du Canada.
- À l'échelle des régions, le niveau de ressources financières investies dans le réseau montre une grande variation liée aux missions propres à chaque région.
- Le Québec bénéficie d'un nombre notable de ressources médicales et les régions universitaires sont celles qui présentent les ratios les plus favorables.

Production

- Le système n'est pas aussi productif qu'il devrait l'être et ce ne sont pas dans les régions ayant le plus de ressources que les populations obtiennent le plus de services.
- La production du Québec en services préventifs se situe dans la moyenne.
- L'accessibilité des services chirurgicaux et celle des services médicaux représentent les aspects pour lesquels le Québec présente des degrés d'atteinte des balises bien inférieurs.

Atteinte des buts

- Les maladies chroniques, particulièrement le cancer et celles liées au tabagisme, la mortalité évitable, la mortalité attribuable aux cancers et au suicide, la santé maternelle et infantile ainsi que l'équité des états de santé présentent des écarts qui méritent une attention particulière.

Première ligne de soins

- Les indicateurs de la première ligne de soins révèlent une performance modérée pour le Québec, comparativement à celle d'autres provinces.
- À l'échelle régionale, la première ligne de soins semble mieux adaptée dans certaines régions universitaires et éloignées, comparativement aux régions en périphérie des régions universitaires.

> LES CONSTATS ET LES QUESTIONNEMENTS SUR LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Une performance d'ensemble qui demeure sous la moyenne canadienne

Le cadre d'analyse adopté par le Commissaire à la santé et au bien-être permet de porter un regard global et intégré sur la performance du système. Ce regard est global, car il regroupe des indicateurs sur de nombreuses dimensions de la performance en se concentrant sur les principaux aspects. Il est aussi intégré, car il permet de les considérer de manière concomitante, pour éviter de tirer des constats sur des aspects particuliers en faisant fi de la performance liée à d'autres aspects.

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC EST EN DEÇÀ DE CE QUE PLUSIEURS AUTRES PROVINCES RÉUSSISSENT À ACCOMPLIR.

L'analyse des indicateurs que nous avons réalisée cette année suggère que la performance du Québec se situe sous la moyenne des provinces canadiennes. Ce constat émerge du fait que le Québec arrive respectivement au cinquième, au neuvième et au dixième rang pour les trois fonctions de la performance pour lesquelles une analyse est possible à l'échelle des provinces. En effet, si le Québec est dans la moyenne en ce qui concerne l'atteinte des buts, il se situe parmi les provinces ayant les moins bons résultats par rapport à l'adaptation et à la production. Ce constat d'ensemble n'est pas nouveau et l'examen rigoureux d'un maximum d'indicateurs disponibles vient appuyer les analyses qui ont suggéré que la province devait se pencher sur les problèmes relatifs à la structuration de ses ressources disponibles, en plus d'en maximiser la productivité. Notre analyse confirme ainsi que la performance du système de santé et de services sociaux du Québec est en deçà de ce que plusieurs autres provinces réussissent à accomplir.

LE QUÉBEC PERD DU TERRAIN COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PROVINCES.

De plus, l'étude de l'évolution des indicateurs disponibles souligne cette année que des écarts de performance se creusent dans l'ensemble. Les analyses temporelles effectuées indiquent que le Québec perd du terrain comparativement aux autres provinces, à l'exception de la production, pour laquelle un mince rattrapage semble présent.

Le constat sur la performance du système québécois invite l'ensemble des acteurs du réseau à investir dans l'instauration de démarches d'amélioration de la performance. Étant donné que le Canada est un pays peu performant quand on le compare à d'autres pays, une position du Québec inférieure à la moyenne canadienne incite à une sérieuse remise en question de nos actions et de nos façons de faire.

Un défi d'acquisition et de structuration des ressources

Un des défis auxquels fait face notre système de santé et de services sociaux, qui a été relevé par nombre de commissions et d'études de performance, consiste en l'organisation des ressources et en la structuration de notre système. Si le Canada est reconnu à l'échelle internationale pour son niveau élevé de ressources financières consacrées à la santé, les autres aspects de l'adaptation sont plus variables. Au Québec, malgré un niveau de ressources humaines favorable, la province se classe défavorablement et semble devoir surmonter

des défis quant à la structuration de la réponse aux besoins de la population. Le Québec présente ainsi une réduction globale d'atteinte des balises d'excellence en adaptation, en plus d'avoir le résultat le plus faible (73,6 %) relativement aux autres provinces canadiennes. De surcroît, l'écart tend à se creuser pour cette fonction par rapport à l'ensemble canadien et aux balises d'excellence, malgré des améliorations au Québec pour plusieurs indicateurs qui mesurent l'adaptation. Force est de constater que les autres provinces progressent aussi et qu'elles le font plus rapidement.

Le constat sur l'adaptation du Québec n'est pas seulement le reflet du niveau d'investissement en ressources financières parmi les plus bas des provinces canadiennes, mais aussi celui de sa difficulté à répondre aux besoins de la communauté. Les constats sont particulièrement inquiétants lorsque l'on regarde le domaine particulier de la première ligne de soins : la réorganisation n'est pas encore entièrement effectuée et un ensemble de personnes ayant des besoins de santé se retrouvent sans sources de soins ou sans affiliation à un médecin de famille. Ce phénomène pourrait être lié à l'important accroissement des besoins non comblés, qui a été constaté au Québec au cours des dernières années.

Essentiellement, en ce qui a trait à l'adaptation du système, les aspects plus positifs concernent l'acquisition de ressources humaines et les innovations technologiques.

Le défi de l'amélioration dans la production de services

La fonction de production mesure la quantité et la qualité des services rendus par notre système. C'est la fonction pour laquelle l'écart du Québec demeure le plus grand comparativement à l'ensemble canadien. Si une amélioration a été notée quant à la production, au cours de la dernière décennie, ces gains devront être confirmés, puisque les résultats des années les plus récentes témoignent d'un ralentissement par rapport à l'obtention de gains à cet effet. Par ailleurs, même si cet écart de production est important, il ne résulte pas de problèmes de qualité des services, mais plutôt de problèmes de productivité et d'accessibilité liés à certains types de services.

Parmi les indicateurs mesurés, la prestation d'un ensemble important de services médicaux ne semble pas répondre entièrement aux besoins de la population. Néanmoins, les dernières années ont vu la productivité s'améliorer, à l'instar des autres aspects de la production, à l'exception de l'accessibilité des services chirurgicaux, qui présente toujours un écart important par rapport aux autres provinces selon les données disponibles. D'autres aspects, tels le dépistage du cancer du sein et les durées de séjour hospitalier en soins aigus, dénotent tout de même des gains en production.

Les défis de la santé mentale et de la périnatalité

LE QUÉBEC SE SITUE DANS LA MOYENNE CANADIENNE EN CE QUI CONCERNE L'ATTEINTE DES BUTS DU SYSTÈME

L'analyse réalisée avec les données des dernières années indique que le Québec se situe dans la moyenne canadienne en ce qui concerne l'atteinte des buts du système. Les indicateurs examinés reflètent une amélioration de l'atteinte des balises d'excellence dans plusieurs dimensions, particulièrement en ce qui concerne les traumatismes et la satisfaction des personnes envers les services reçus. Néanmoins, le Québec ne s'améliore pas aussi rapidement que l'ensemble du Canada.

Deux domaines ayant soulevé un questionnement l'an dernier, soit la santé mentale et la périnatalité, en suscitent un à nouveau cette année. En ce qui concerne la santé mentale, le Québec présente un écart important par rapport aux autres provinces, principalement à cause de la problématique du suicide. Alors que cette situation est connue depuis plusieurs années déjà, il est intéressant de constater qu'elle s'améliore, bien que le Québec ne gagne pas de terrain sur l'ensemble du Canada, qui lui aussi s'améliore. Par ailleurs, les indicateurs liés au stress et au suicide placent le Québec dans une situation paradoxale : même si la province a une bonne perception de sa santé mentale, le niveau de stress ressenti et le taux de suicides demeurent élevés.

EN CE QUI CONCERNE LA SANTÉ MENTALE, LE QUÉBEC PRÉSENTE UN ÉCART IMPORTANT PAR RAPPORT AUX AUTRES PROVINCES, PRINCIPALEMENT À CAUSE DE LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE.

D'une manière similaire, la santé maternelle et infantile présente une évolution variable selon les aspects particuliers qui sont mesurés. Au cours des dernières années, le taux de grossesses chez les adolescentes a diminué, alors que les résultats quant à la mortalité infantile et néonatale se sont plutôt détériorés.

LES RÉSULTATS QUANT À LA MORTALITÉ INFANTILE ET NÉONATALE SE SONT PLUTÔT DÉTÉRIORÉS.

Des variations régionales importantes selon les contextes régionaux

Nous avons déjà souligné dans le rapport de 2009 que la performance des régions du Québec varie grandement pour certaines fonctions, telles l'adaptation et la production. La situation n'a pas changé depuis l'an dernier, ce qui n'est pas surprenant étant donné le court laps de temps écoulé. Ainsi, les régions intermédiaires et les régions en périphérie des régions universitaires ont toujours une situation défavorable en adaptation. La région de Montréal présente encore cette année un déficit de production de services pour sa population, malgré son important niveau de ressources investies, et les équipes de la première ligne de soins semblent avoir un défi particulier à relever.

LA RÉGION DE MONTRÉAL PRÉSENTE ENCORE CETTE ANNÉE UN DÉFICIT DE PRODUCTION DE SERVICES POUR SA POPULATION, MALGRÉ SON IMPORTANT NIVEAU DE RESSOURCES INVESTIES.

Malgré la réitération de ces constats, il faut noter que certaines régions éloignées, de même que la Capitale-Nationale, se trouvent encore mieux placées que l'an dernier dans notre analyse. En effet, les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Capitale-Nationale présentent au moins 75 % d'atteinte des balises pour les quatre fonctions de la performance. Les régions de Montréal, de la Chaudière-Appalaches, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Bas-Saint-Laurent ont, quant à elles, au moins 75 % d'atteinte des balises pour trois des quatre fonctions de la performance.

De plus, les indicateurs du stress et de la perception de la santé mentale sont meilleurs en régions rurales qu'en régions urbaines, alors que le taux de suicides y semble plus élevé. Ce paradoxe traduit la complexité de l'analyse de la performance. Dans le domaine de la santé mentale, ces résultats démontrent que les conditions de vie, les services disponibles et les problématiques vécues par les personnes peuvent varier selon les groupes sociaux ou les aspects de la santé. En plus d'apporter des réponses aux questions soulevées depuis déjà plusieurs années

LES INDICATEURS DU STRESS ET DE LA PERCEPTION DE LA SANTÉ MENTALE SONT MEILLEURS EN RÉGIONS RURALES QU'EN RÉGIONS URBAINES, ALORS QUE LE TAUX DE SUICIDES Y SEMBLE PLUS ÉLEVÉ.

au Québec, ces constats incitent à porter un regard plus approfondi sur la santé mentale et invitent le Commissaire à aborder ce thème dans un futur rapport.

Les portraits régionaux que nous avons dressés, qui sont annexés à ce document, détaillent les forces et les défis relatifs à chaque région.

> LES CONSTATS ET LES QUESTIONNEMENTS SUR LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ENVERS LES MALADIES CHRONIQUES AU QUÉBEC

Des habitudes de vie qui s'améliorent

Selon l'analyse des indicateurs relatifs aux déterminants de la santé, particulièrement les habitudes de vie, la situation s'améliore dans l'ensemble du Québec. Cette amélioration pourrait certes être le reflet de modifications dans la perception qu'ont les personnes à l'égard de leur santé et d'un accroissement de l'adoption de saines habitudes de vie. En effet, le Québec semble rattraper le Canada ou accroître son écart favorable pour la majorité des aspects mesurés, à l'exception de l'obésité, pour laquelle la situation de la province se détériore.

LE TAUX D'OBÉSITÉ TEND À AUGMENTER AU QUÉBEC ET À REJOINDRE LA MOYENNE NATIONALE À CET ÉGARD.

Cette bonne performance du Québec se reflète dans sa position favorable en ce qui concerne les indicateurs liés à une saine alimentation, mais des gains sont à consolider vis-à-vis du tabagisme et de la consommation d'alcool. Par ailleurs, la province présente une performance mitigée en activité physique. Ce dernier constat pourrait être en lien avec le fait, comme nous l'avons mentionné précédemment, que le taux d'obésité tend à augmenter au Québec et à rejoindre la moyenne nationale à cet égard.

Un paradoxe lié à la santé du cœur et au cancer qui se confirme

En ce qui a trait aux morbidités et aux principaux problèmes de santé analysés dans le cadre de notre rapport, le Québec présente des résultats dans la moyenne des provinces, sauf pour certains indicateurs favorables liés aux maladies des appareils cardiovasculaire et musculosquelettique.

LA POSITION DÉFAVORABLE DU QUÉBEC EN CE QUI CONCERNE LE CANCER DU POUMON ET LE CANCER COLORECTAL POURRAIT ÊTRE LE REFLET DE CERTAINES HABITUDES DE VIE NOCIVES.

Les indicateurs suggèrent une amélioration dans le temps de l'ensemble des problèmes de santé chroniques, à l'exception du cancer, qui est plutôt stable ou décroissant, ainsi que du diabète, qui semble stable dans la province. Plus précisément, la position défavorable du Québec en ce qui concerne le cancer du poumon et le cancer colorectal pourrait être le reflet de certaines habitudes de vie nocives, principalement le tabagisme, pour lesquelles le Québec a traditionnellement présenté des niveaux élevés. Les améliorations des dernières années à cet égard laissent présager que les taux de cancers pourraient diminuer au cours des prochaines décennies. Ces gains escomptés sont déjà perceptibles

dans l'amélioration de l'atteinte des balises pour l'ensemble des types de cancer, à l'exception du cancer du col de l'utérus, pour lequel le Québec, malgré une position favorable, perd du terrain par rapport à l'ensemble canadien.

Des gains à réaliser dans la réception des soins appropriés : l'exemple du diabète

LES INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS POUR LES DIABÉTIQUES SONT DÉFAVORABLES AU QUÉBEC COMPARATIVEMENT À CEUX DES AUTRES PROVINCES.

Cette année, les analyses spécifiques aux maladies chroniques ont permis de porter un regard sur la réception des soins appropriés par les personnes malades. En effet, une étude récente a comparé la réception de certains services reconnus comme étant des indicateurs de qualité des soins, ce qui a permis de situer le Québec par rapport à d'autres provinces en ce qui concerne les soins donnés aux diabétiques (Statistique Canada, 2008). Les indicateurs de qualité des soins pour les diabétiques sont défavorables au Québec comparativement à ceux des autres provinces. Ce constat soulève un questionnement par rapport à la qualité des soins au Québec, qui est généralement considérée comme bonne. Un regard plus précis, selon les meilleurs standards internationaux reconnus, permettrait-il de déterminer certains écarts dans la réception de soins complets et de soins de qualité liés aux maladies chroniques?

Les maladies chroniques dans les régions éloignées et intermédiaires : reflet des habitudes de vie

DES PROBLÈMES SONT PRÉSENTS DANS LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES EN CE QUI A TRAIT AUX HABITUDES DE VIE.

Notre analyse indique que des problèmes sont présents dans les régions éloignées en ce qui a trait aux habitudes de vie, comparativement aux résultats favorables des régions intermédiaires et universitaires : les indicateurs de morbidités et les problèmes de santé liés aux maladies chroniques sont ainsi moins présents dans les régions universitaires et périphériques que dans les régions éloignées et intermédiaires. La question à savoir dans quelle mesure ces écarts sont dus aux habitudes de vie des personnes habitant ces régions ou à l'action des systèmes régionaux de soins et services se pose toujours. Néanmoins, selon les résultats, agir sur les habitudes de vie devrait être une priorité des régions éloignées et intermédiaires afin de répondre aux défis futurs posés par les maladies chroniques.

Conclusion

> Conclusion

L'ANALYSE DES INDICATEURS DE MONITORAGE REGROUPÉS DANS LES DIVERSES SOUS-DIMENSIONS DES QUATRE FONCTIONS DU MODÈLE RETENU PAR LE COMMISSAIRE EST UNE ÉTAPE IMPORTANTE DE SON PROCESSUS D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. LE PRÉSENT DOCUMENT CONTIENT LES RÉSULTATS LES PLUS MARQUANTS DE CETTE ANALYSE. CONFORMÉMENT À L'APPROCHE COMPARATIVE QUE NOUS AVONS ADOPTÉE, CES RÉSULTATS SE TRADUISENT, TANT AU NIVEAU PROVINCIAL QUE RÉGIONAL, EN DONNÉES DE BALISAGE QUI METTENT EN PARALLÈLE NOTRE PROVINCE OU SES RÉGIONS AVEC LES ENSEMBLES PLUS VASTES AUXQUELS ELLES APPARTIENNENT, À SAVOIR LE CANADA OU LE QUÉBEC.

En effet, comme nous l'expliquons dans la partie portant sur la méthodologie, la balise représente un haut degré d'excellence à atteindre, une donnée « repère » qui permet de se situer par rapport à ce qui se fait de mieux dans chacun des domaines analysés. Ainsi, nous avons pu constater que le Québec, comparativement au reste du Canada, a une performance globalement défavorable sauf pour l'atteinte des buts, fonction pour laquelle il se situe près de la moyenne canadienne. Pour ce qui est de la performance à l'échelle régionale, nous avons observé, pour les diverses fonctions, des variations notables entre les différents types de régions. Ces différences peuvent s'expliquer par des facteurs démographiques ou géographiques, sans exclure tout ce qui relève de l'action du système ainsi que de la mission médicale propre à chaque région. Afin d'aller un peu plus loin dans la compréhension de ces résultats, nous avons proposé une explication de la relation qui existe entre les différentes fonctions du modèle d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux à l'échelle régionale.

De plus, dans le but d'enrichir notre étude par une dimension dynamique, nous avons analysé l'évolution temporelle des résultats agrégés afin de déterminer les tendances des groupes d'indicateurs. Cette analyse temporelle a révélé, au niveau provincial, que le Québec présente des résultats moins favorables vis-à-vis de l'adaptation et de l'atteinte des buts. Cependant, pour la fonction de production, pour laquelle le Québec a une performance encore plus défavorable, on observe une amélioration temporelle des résultats et un rattrapage de l'écart relatif de balisage dans la majorité des sous-dimensions. Au niveau régional, la variation temporelle des résultats permet de faire un constat similaire : tandis que plusieurs régions plus performantes à l'égard de la production enregistrent une baisse, celles qui obtiennent des résultats défavorables, en particulier Montréal, tendent à réduire l'écart avec la moyenne québécoise, ce qui laisse présager une tendance vers l'équilibre. Pour la fonction d'adaptation, les régions éloignées sont celles qui ont connu la plus forte amélioration de leur proportion d'atteinte des balises. Enfin, pour le maintien et développement, les variations des résultats sont très importantes, alors que l'on dénote peu de changements par rapport à l'atteinte des buts.

Le regard que nous avons porté sur les maladies chroniques a aussi permis de mieux saisir l'ampleur et l'évolution de ce phénomène, qui représente un défi majeur pour notre système public. Ainsi, notre étude a consisté à observer la situation, tant sur le plan provincial que régional, à l'égard des habitudes de vie et des facteurs de risque, qui sont des déterminants de la santé. Nous avons pu remarquer que le Québec se situe globalement dans la moyenne canadienne, malgré des différences entre les résultats des divers indicateurs de cette dimension. Par ailleurs, au niveau régional, nous avons souligné le fait que les régions éloignées obtiennent de moins bons résultats que les autres régions du Québec à cet égard. De plus, toujours dans une perspective comparative, nous avons fait état des morbidités et des problèmes de santé principaux grâce à des données de balisage. Nous avons aussi proposé des avenues sur certains aspects organisationnels ainsi que sur les services offerts aux personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Enfin, il y a tout lieu de croire que cette analyse permettra de faire avancer la réflexion sur les actions qui seront en mesure d'améliorer la performance de notre système de santé et de services sociaux à l'égard des maladies chroniques. L'objectif final du système consiste à favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population et à répondre à ses besoins, que ce soit par la prévention ou par des soins de qualité appropriés et efficaces.

> Liste des figures

La méthode d'analyse

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance 16

Figure 2 Différents niveaux d'analyse de la performance 17

Figure 3 Exemple de graphique radar 24

Figure 4 Exemple de graphique d'évolution temporelle 26

Figure 5 Exemple de graphique d'évolution de l'écart relatif de balisage 27

Figure 6 Exemple de graphique de comparaison entre régions 28

La performance du système de santé et de services sociaux du Québec

LA PERFORMANCE GLOBALE ET INTÉGRÉE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Figure 7 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'adaptation 34

Figure 8 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'adaptation 35

Figure 9 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises pour la fonction d'adaptation 36

Figure 10 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction d'adaptation 37

Figure 11 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour la fonction de production 38

Figure 12 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction de production 39

Figure 13 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises pour la fonction de production 40

Figure 14 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction de production 41

Figure 15 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'atteinte des buts 42

Figure 16 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour la fonction d'atteinte des buts 43

Figure 17 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises pour la fonction d'atteinte des buts 44

Figure 18 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour la fonction d'atteinte des buts 45

Figure 19 Degrés d'atteinte des balises au Québec : synthèse des fonctions 46

Figure 20 Évolution de l'atteinte des balises au Québec : synthèse des fonctions 47

Figure 21 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises : synthèse des fonctions 48

Figure 22 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada : synthèse des fonctions 49

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

FIGURE 23 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction d'adaptation . . . 52

FIGURE 24 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction de production . . 54

FIGURE 25 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction de maintien et développement . . . 56

FIGURE 26 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour la fonction d'atteinte des buts . . . 58

FIGURE 27 Degrés d'atteinte des balises selon les régions du Québec par fonctions de la performance . . . 60

FIGURE 28 Répartition des performances régionales : mise en relation des fonctions d'adaptation et de production . . . 62

FIGURE 29 Répartition des performance régionales : mise en relation des fonctions de production et d'atteinte des buts . . . 64

L'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques

L'ANALYSE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

FIGURE 30 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque . . . 70

FIGURE 31 Évolution de l'atteinte des balises au Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque . . . 71

FIGURE 32 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises pour les habitudes de vie et les facteurs de risque . . . 72

FIGURE 33 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour les habitudes de vie et les facteurs de risque . . . 73

FIGURE 34 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour les maladies chroniques . . . 74

FIGURE 35 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour certains types de cancer . . . 75

FIGURE 36 Évolution du positionnement relatif du Québec dans l'atteinte des balises pour le cancer . . . 76

FIGURE 37 Degrés d'atteinte des balises au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour les maladies chroniques . . . 77

FIGURE 38 Taux observés au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Canada pour les soins recommandés pour le diabète . . . 78

FIGURE 39 Degrés d'atteinte des balises au Québec pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire . . . 79

L'ANALYSE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE

Tableau 40 Degrés d'atteinte des balises selon les régions du Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque 81

Tableau 41 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque 82

Tableau 42 Degrés d'atteinte des balises selon les régions du Québec pour les cancers 84

Tableau 43 Degrés d'atteinte des balises selon les régions du Québec pour les maladies chroniques . . . 85

Tableau 44 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour le cancer 86

Tableau 45 Évolution de l'atteinte des balises selon les régions du Québec pour les maladies de l'appareil circulatoire 87

> Liste des tableaux

La performance globale et intégrée à l'échelle provinciale

Tableau P1 Tableau de balisage interprovincial : adaptation 90

Tableau P2 Tableau de balisage interprovincial : production 92

Tableau P3 Tableau de balisage interprovincial : atteinte des buts 94

Tableau P4 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : habitudes de vie et facteurs de risque 98

Tableau P5 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : cancers 100

Tableau P6 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques de l'appareil circulatoire 102

Tableau P7 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : maladies chroniques de l'appareil respiratoire 104

Tableau P8 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique 106

Tableau P9 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : diabète 106

Tableau P10 Tableau de balisage interprovincial : synthèse temporelle 108

Tableau P11 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs maladies chroniques : synthèse temporelle . . . 109

La performance à l'échelle des régions du Québec

Tableau R1 Tableau de données comparatives interrégionales : adaptation 110

Tableau R2 Tableau de données comparatives interrégionales : production 114

Tableau R3 Tableau de données comparatives interrégionales : maintien et développement 118

Tableau R4 Tableau de données comparatives interrégionales : atteinte des buts 120

Tableau R5 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : habitudes de vie et facteurs de risque 124

Tableau R6 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : cancers . . 126

Tableau R7 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : maladies chroniques de l'appareil circulatoire 128

Tableau R8 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : maladies chroniques de l'appareil respiratoire 130

Tableau R9 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique 130

Tableau R10 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs maladies chroniques : diabète . . 132

Annexe

> Analyse régionale détaillée

L'ANNEXE QUI SUIT CONTIENT LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DÉTAILLÉE DE CHACUNE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC. À PARTIR DE L'ENSEMBLE DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DISPONIBLES POUR LES QUATRE FONCTIONS DU CADRE D'ANALYSE DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, NOUS PRÉSENTONS, DANS UNE PERSPECTIVE COMPARATIVE, LE RANG OCCUPÉ PAR LA RÉGION, SES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES AINSI QUE SON ÉVOLUTION DANS LE TEMPS.

Dans notre analyse, nous nous intéressons davantage aux résultats agrégés par fonction ou par sous-dimension : les indicateurs précis sont surtout commentés à titre d'exemples. De plus, conformément au thème particulier du rapport de 2010, nous produisons pour chaque région une analyse relative aux maladies chroniques. Enfin, soulignons que le regroupement des régions est le même que celui des sections précédentes, et ce, à des fins de comparaison, d'analyse et de présentation.

Tout au long de l'annexe, les graphiques utilisés varient d'une région à l'autre. Nous avons choisi ceux qui nous apparaissaient les plus révélateurs pour aider à la compréhension et à la visualisation des éléments qui sont abordés. La section *Statistiques* du site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca) contient l'ensemble des graphiques produits dans le cadre de l'analyse des indicateurs de monitorage liés à la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour bien comprendre les informations contenues dans ces graphiques et la manière de les interpréter, vous pouvez vous référer à la section sur la méthodologie qui concerne la lecture et la compréhension des graphiques, aux pages 24 à 28 du présent document.

RÉGION UNIVERSITAIRE

CAPITALE-NATIONALE

Région 03

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

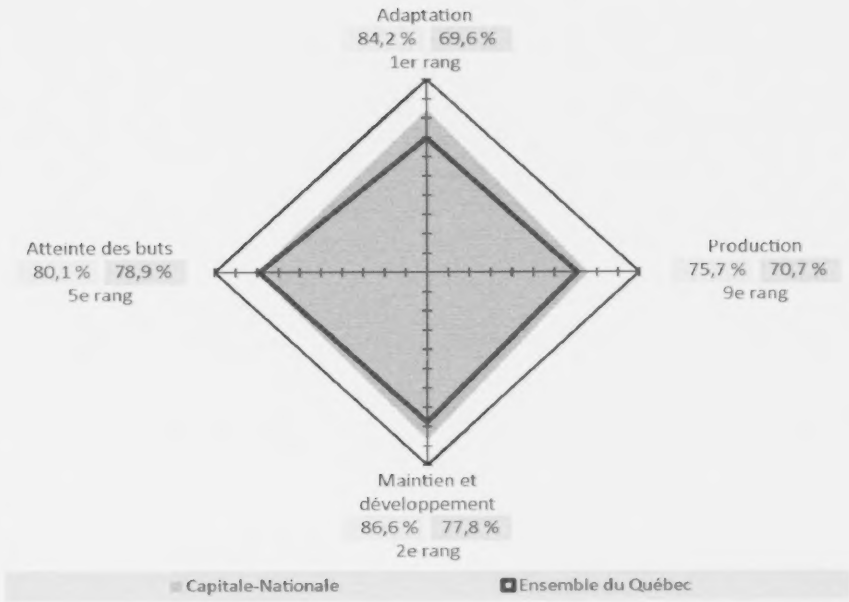
- Excellente capacité d'adaptation
- Bons résultats pour le maintien et développement du système
- Bonne utilisation des ressources humaines et croissance du taux de formation
- Services d'orientation à améliorer
- Délais plus longs que ceux obtenus par Montréal et l'Estrie pour les chirurgies de la hanche
- Problème d'équité envers les personnes défavorisées

MALADIES CHRONIQUES

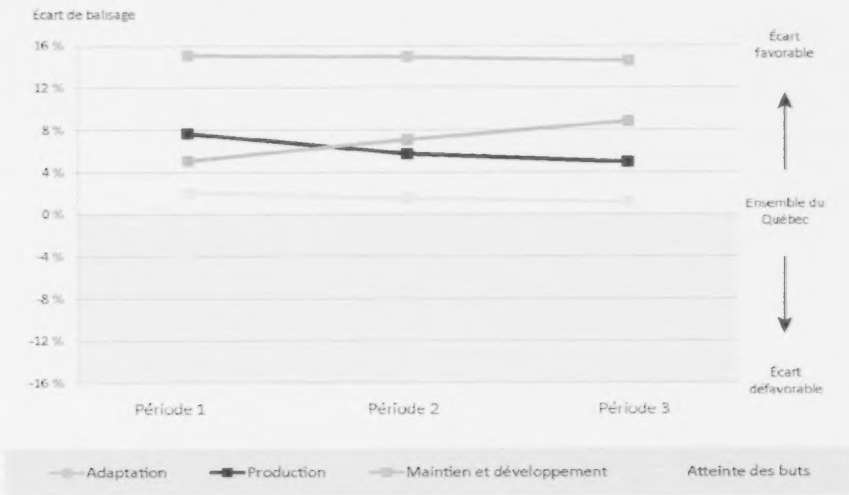
- Excellents résultats pour la santé de l'appareil circulatoire
- Forte incidence du cancer de la prostate
- Résultats défavorables pour le cancer du sein
- Croissance de la prévalence du diabète et des maladies de l'appareil musculosquelettique
- Taux de tabagisme le plus avantageux au Québec

Population (2010)	687 950 hab.
0-17 ans	17,0 %
18-64 ans	66,0 %
65 ans et plus	17,1 %
Superficie (terre ferme)	18 646 km²
Densité de la population	36,9 hab./km²
Taux de chômage (2009)	5,2 %
Revenu disponible (2007)	34 344 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	43,1 %
Hospitalisations (2007-2008)	61 312
Nombre de CSSS (2010)	4
Population moyenne/CSSS	171 988 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	22 852

APERÇU GLOBAL

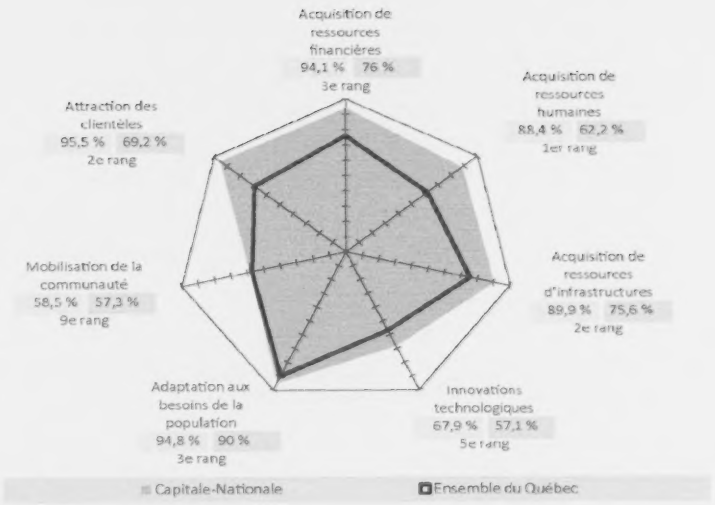


La région de la Capitale-Nationale se distingue, tout particulièrement, sur le plan de sa capacité d'adaptation, fonction pour laquelle elle occupe le premier rang au Québec avec une proportion de 84,2 % d'atteinte des balises. Son statut de région universitaire explique, en bonne partie, les résultats supérieurs obtenus dans les sous-dimensions liées à l'acquisition des ressources de même qu'à l'attraction de la clientèle. Notons aussi son classement avantageux (deuxième rang) pour la fonction de maintien et développement. Enfin, le résultat de la région de la Capitale-Nationale surpasse le résultat québécois pour l'atteinte des buts de même que pour la production, pour lesquelles la région se classe au cinquième et au neuvième rang, respectivement.



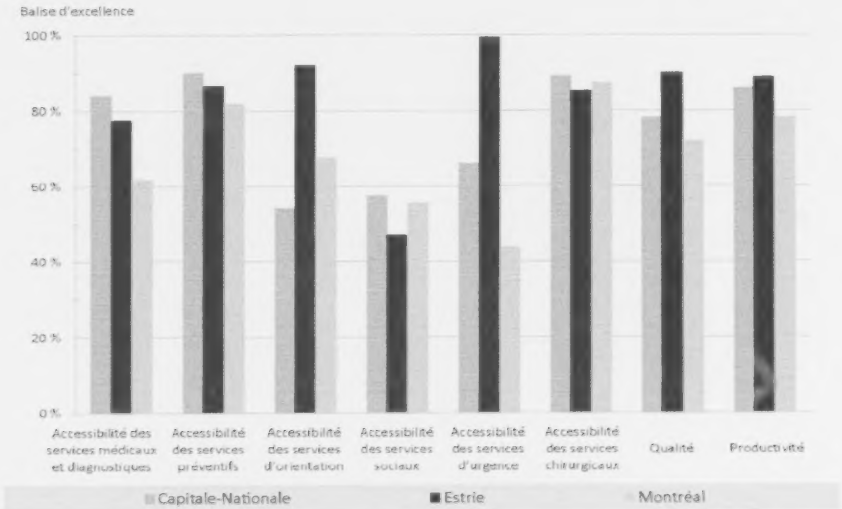
ADAPTATION

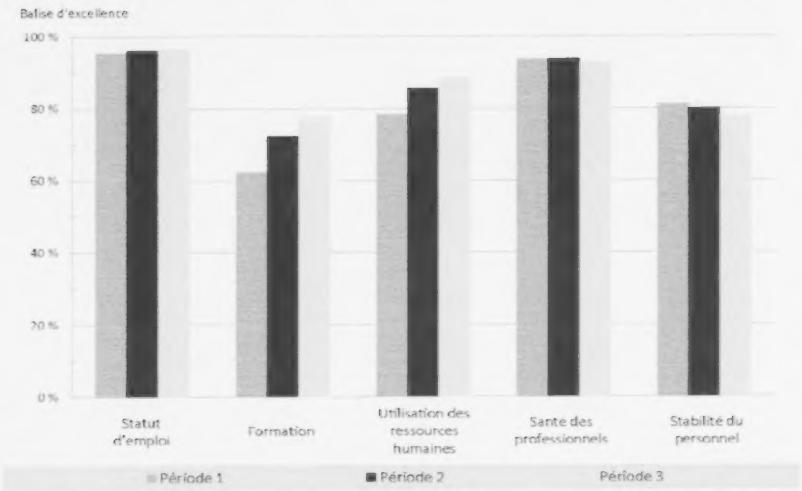
La région de la Capitale-Nationale occupe le premier rang pour la fonction d'adaptation. Son résultat surpasse aussi le résultat du Québec dans l'atteinte des balises pour l'ensemble des sous-dimensions étudiées. Par exemple, cette région se distingue nettement en ce qui a trait à l'acquisition de ressources humaines. Dans ce domaine, elle occupe le premier rang avec une proportion d'atteinte des balises de 88,4 % contre 62,2 % pour l'ensemble du Québec, soit un écart de 26,2 %. La région de la Capitale-Nationale obtient aussi des résultats avantageux dans la sous-dimension d'acquisition de ressources financières, pour laquelle elle obtient la troisième place avec un score de 94,1 %. Pour l'acquisition de ressources d'infrastructures, la région obtient un résultat enviable qui la place au deuxième rang avec une proportion de 89,9 % d'atteinte des balises. Cependant, ce résultat positif est modéré par le fait que cette sous-dimension présente, lorsque sa croissance de 2001-2002 à 2007-2008 est considérée, un recul notable par rapport au résultat du Québec. Ainsi, même si la région de la Capitale-Nationale se classe très avantageusement en ce qui concerne la fonction d'adaptation, il faut noter que le groupe d'indicateurs qui compose cette fonction a diminué de 3,3 % dans la dernière décennie, alors que l'ensemble du Québec n'a perdu que 2,8 %.



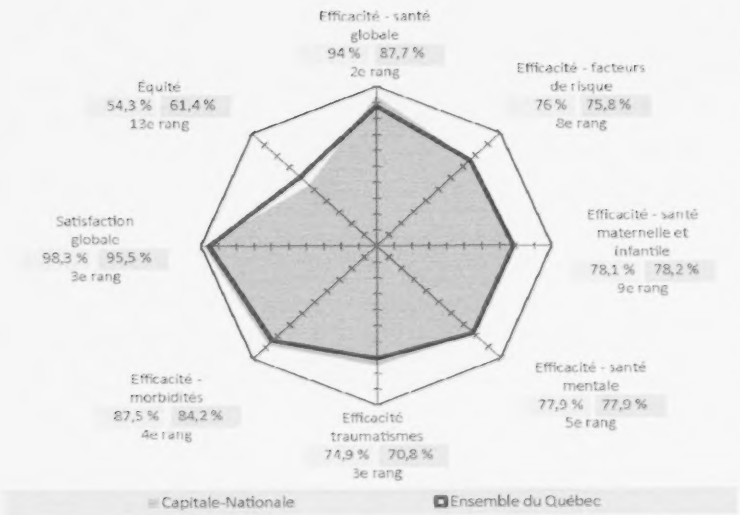
PRODUCTION

Pour la fonction de production, la région de la Capitale-Nationale se classe au neuvième rang sur les quinze régions comparées avec un taux de 75,7 % d'atteinte des balises contre 70,7 % pour le Québec. Mis à part l'accessibilité des services d'orientation, pour laquelle la Capitale-Nationale se classe au treizième rang à l'échelle provinciale avec un taux de 54,3 % d'atteinte des balises contre 63,2 % pour le Québec dans son ensemble, toutes les sous-dimensions et la majorité des indicateurs de performance qui composent cette fonction témoignent du rendement supérieur de la région par rapport à l'ensemble du Québec. Par ailleurs, lorsqu'elle est comparée aux autres régions universitaires que sont Montréal et l'Estrie, la Capitale-Nationale se situe avantageusement dans plusieurs sous-dimensions, bien qu'elle ait un taux de croissance combiné relativement plus faible. De la sorte, si nous dénotons une très bonne accessibilité de même qu'une forte croissance des services médicaux et diagnostiques, il faut remarquer certaines lacunes dans des secteurs d'activité précis. Mentionnons, par exemple, que parmi les personnes en attente d'une chirurgie de la hanche, 5,2 % le sont depuis plus de six mois dans la région de la Capitale-Nationale, comparativement à 2,5 % pour l'Estrie et à 2,1 % pour Montréal.



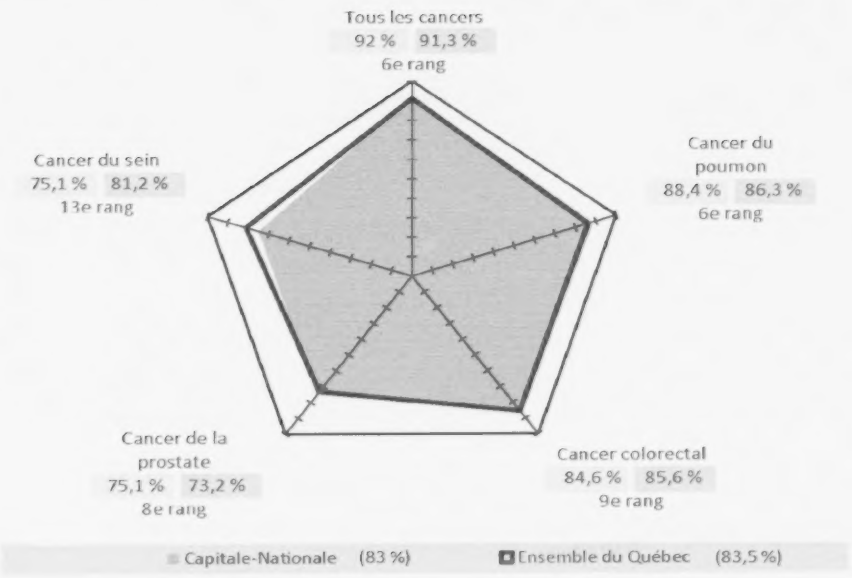


En ce qui concerne le maintien et développement, la Capitale-Nationale se situe au deuxième rang avec une proportion d'atteinte des balises de 86,6%, alors que le Québec, dans son ensemble, présente un rapport de 77,8%. Pour chacune des sous-dimensions, la région se compare avantageusement à l'ensemble du Québec. Elle se distingue particulièrement sur le plan de l'utilisation des ressources humaines, pour laquelle elle a une avance de 25,3%. De façon plus précise, cela signifie que la région a le plus bas taux de recours à des heures supplémentaires pour l'ensemble des intervenants du réseau. Dans ce domaine, comme dans celui de la formation, la région de la Capitale-Nationale présente des taux de croissance parmi les plus élevés au Québec entre les données de 2005-2006 et celles de 2007-2008.



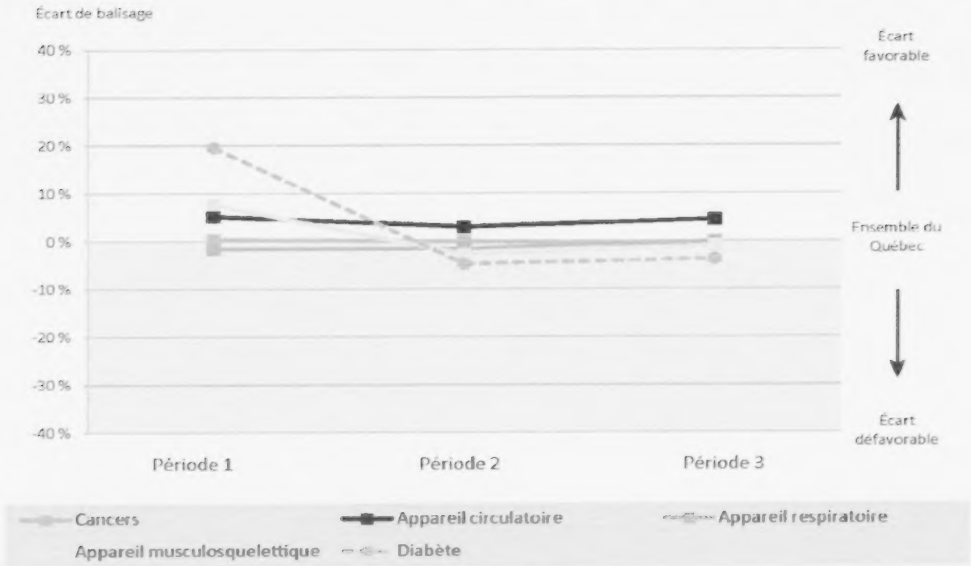
Lorsque nous considérons l'atteinte des buts recherchée par le système de santé et de services sociaux, nous constatons que la région de la Capitale-Nationale se situe au cinquième rang dans l'ensemble du Québec avec un taux de 80,1% d'atteinte des balises. Par ailleurs, pour l'ensemble des sous-dimensions, la région se situe près de la moyenne du Québec pour l'atteinte des balises, sauf en ce qui concerne l'équité, pour laquelle elle a un taux de 54,3% contre 61,4% pour l'ensemble du Québec, ce qui vaut à la Capitale-Nationale le treizième rang à l'échelle provinciale. Ce résultat défavorable tient au fait que les populations défavorisées ont des taux parmi les plus élevés d'années potentielles de vie perdues et de mortalité évitable. Par ailleurs, il faut remarquer que, dans l'ensemble, la population de la région de la Capitale-Nationale jouit d'une bonne santé globale et que son taux de tabagisme est le plus faible au Québec avec, en 2008, 20,8% de la population qui fumait contre 23,3% pour le Québec dans son ensemble. Cependant, la prévalence des facteurs de risque tend à s'accroître dans la région de la Capitale-Nationale, surtout à cause de la consommation d'alcool, et les taux de mortalité infantile et néonatale demeurent relativement élevés.

MALADIES CHRONIQUES

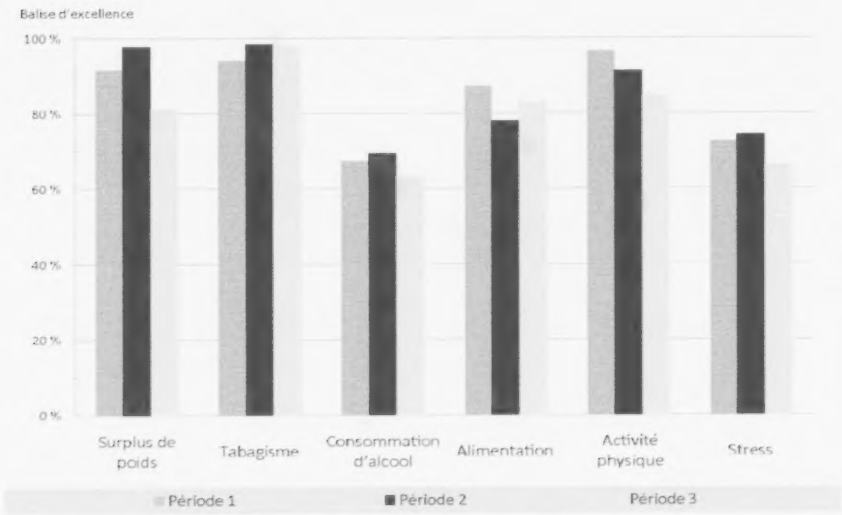


Lorsque nous considérons les données de la Capitale-Nationale au sujet des cancers, nous constatons que la région obtient des résultats qui se situent près de la moyenne provinciale avec un taux de 83,0 % d'atteinte des balises contre 83,5 % pour l'ensemble du Québec (tableau R6). Ce résultat lui vaut le huitième rang parmi les quinze régions comparées. Pour chaque type de cancer, les données tiennent compte des trois indicateurs que sont le taux d'incidence, le taux de mortalité et les années potentielles de vie perdues. Quelques faits sont notables : en ce qui a trait au cancer de la prostate, la région de la Capitale-Nationale présente l'un des taux d'incidence les plus élevés avec 134,4 nouveaux cas pour 100 000 hommes en 2005, contre 113,7 pour l'ensemble du Québec. Cependant, la région obtient le plus faible taux de mortalité dans la province pour les hommes atteints de ce cancer. Pour ce qui est du cancer du sein, la Capitale-Nationale a des résultats considérés comme étant parmi les plus défavorables au Québec avec un treizième rang dans l'atteinte des balises pour l'ensemble des trois indicateurs. Pour ce type de cancer, la région se classe même au dernier rang pour les années potentielles de vie perdues avec 422 années pour 100 000 femmes, alors que le résultat du Québec est de 364 années.

En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la région de la Capitale-Nationale a des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec dans chacune des catégories, à savoir l'hypertension, les morbidités de l'appareil circulatoire ainsi que les interventions chirurgicales. Elle obtient ainsi le deuxième rang avec une proportion de 82,4 % d'atteinte des balises contre un résultat de 77,9 % obtenu à l'échelle provinciale. Par ailleurs, si les résultats de la Capitale-Nationale pour les maladies chroniques des appareils respiratoire et musculosquelettique se rapprochent du taux moyen d'atteinte des balises au Québec, ces dernières maladies, tout comme le diabète, ont une prévalence qui tend à augmenter par rapport à celles des autres régions.



Enfin, soulignons les résultats relativement bons obtenus par la Capitale-Nationale dans la catégorie sur les habitudes de vie et les facteurs de risque, considérés comme des déterminants de la santé. En effet, si la région se classe légèrement en dessous du résultat obtenu à l'échelle provinciale pour le surplus de poids, ses résultats sont supérieurs en ce qui a trait au tabagisme, pour lequel elle présente le plus faible taux au Québec et pour lequel elle tend à s'améliorer encore davantage. Cependant, elle se classe au quatorzième rang pour le taux de consommation d'alcool. Il convient aussi de noter que dans l'ensemble, les résultats obtenus par la Capitale-Nationale pour les habitudes de vie et les facteurs de risque tendent à régresser depuis quelques années.



RÉGION UNIVERSITAIRE

ESTRIE

Région 05

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

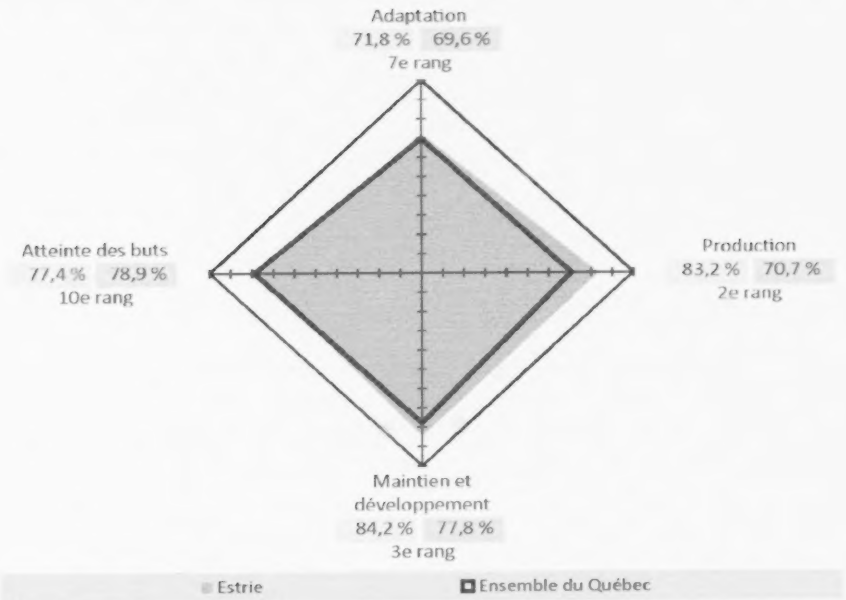
- Résultats supérieurs pour la productivité et la qualité des soins
- Bonne performance pour ce qui est du maintien et développement du système
- Faible accessibilité des services chirurgicaux
- Recul sur le plan des innovations technologiques
- Taux élevés de blessures et de traumatismes non intentionnels

MALADIES CHRONIQUES

- Résultats avantageux pour les maladies des appareils respiratoire et musculosquelettique
- Excellentes habitudes de vie
- Résultats les plus défavorables au Québec quant au cancer de la prostate

Population (2010)	308 335 hab.
0-17 ans	19,3 %
18-64 ans	64,1 %
65 ans et plus	16,6 %
Superficie (terre ferme)	10 263 km²
Densité de la population	30,0 hab./km²
Taux de chômage (2009)	7,5 %
Revenu disponible (2007)	29 614 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	51,4 %
Hospitalisations (2007-2008)	31 951
Nombre de CSSS (2010)	7
Population moyenne/CSSS	44 048 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	8 821

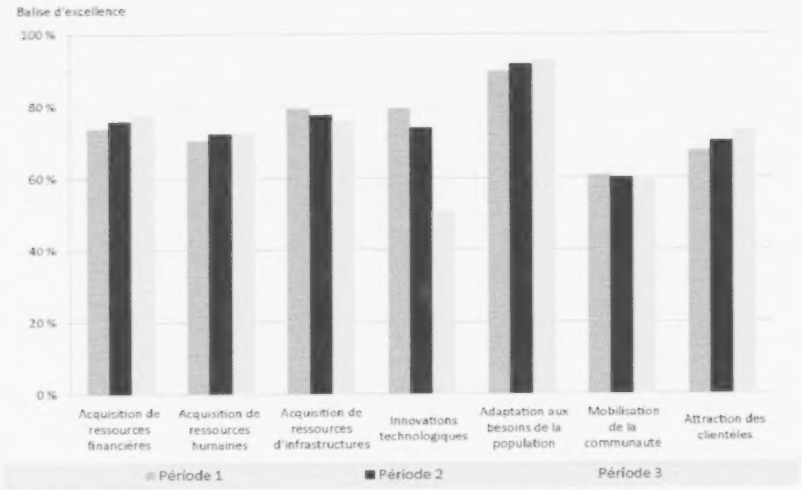
APERÇU GLOBAL



La région de l'Estrie présente des résultats favorables et obtient le deuxième rang pour la fonction de production, pour laquelle, d'ailleurs, elle se distingue par rapport aux autres régions universitaires que sont la Capitale-Nationale et Montréal. En ce qui concerne le maintien et développement, la région réussit plutôt bien en occupant le troisième rang à l'échelle provinciale, alors qu'elle arrive septième pour la fonction d'adaptation. Enfin, lorsque nous considérons l'atteinte des buts, nous constatons que l'Estrie accuse un certain retard, alors qu'elle occupe la dixième position avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 77,4 % contre 78,9 % pour l'ensemble des sous-dimensions et que son résultat global pour cette fonction tend à régresser plus rapidement que celui de chacune des autres régions comparées.

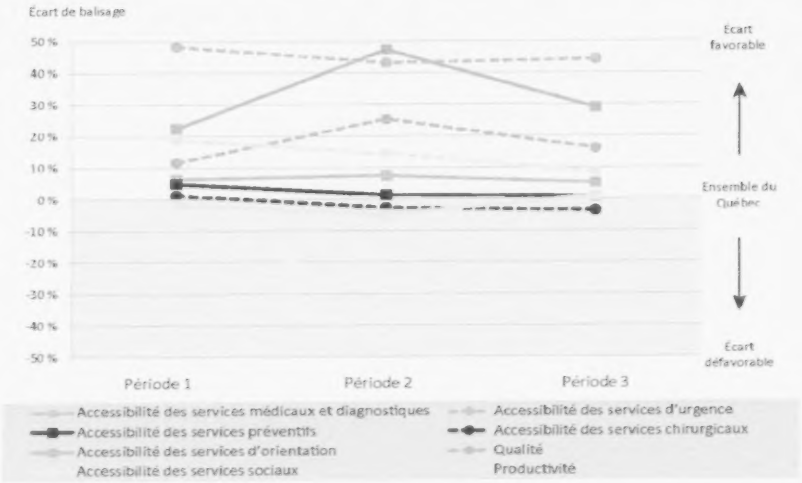
ADAPTATION

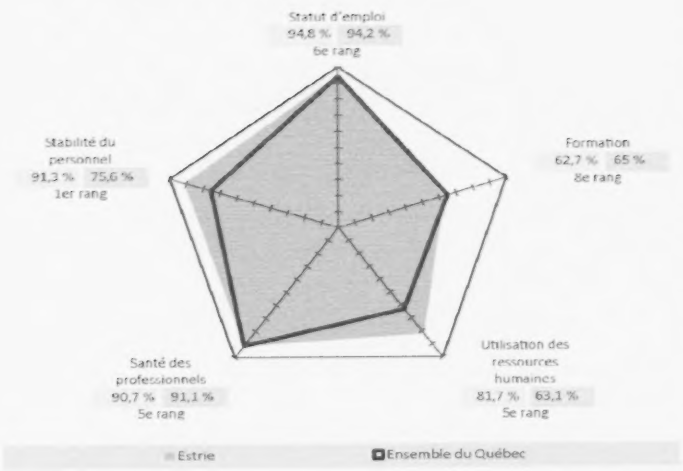
Avec un résultat global de 71,8 % pour l'atteinte des balises de la fonction d'adaptation, l'Estrie se classe au septième rang, alors que le résultat moyen du Québec est de 69,6 %. Ses résultats sont supérieurs à ceux du Québec pour chacune des sous-dimensions sauf celle qui mesure les innovations technologiques. Pour cette dernière, l'Estrie arrive au treizième rang parmi les régions étudiées avec un taux de 50,7 % d'atteinte des balises contre 57,1 % pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, de 2001 à 2007, l'Estrie a le plus important recul en ce qui concerne les innovations technologiques, alors qu'elle perd 11,3 % de plus que l'ensemble du Québec pendant la même période. Enfin, malgré des taux encore inférieurs à ceux des autres régions universitaires, soulignons la forte croissance de l'Estrie pour l'attraction de la clientèle entre les données de 2001-2002 et celles de 2007-2008.



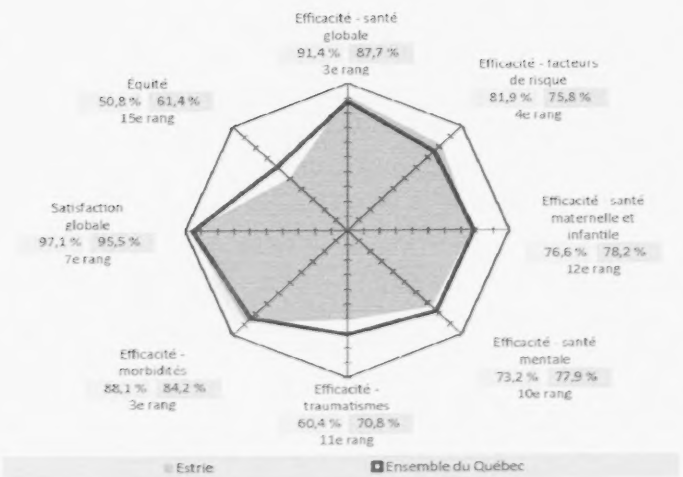
PRODUCTION

Sur le plan de la production, l'Estrie réussit particulièrement bien avec un taux de 83,2 % d'atteinte des balises, contre 70,7 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui lui vaut un deuxième rang parmi l'ensemble des quinze régions comparées, derrière la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, qui obtient un taux de 88,6 %. D'ailleurs, dans toutes les sous-dimensions sauf celle de l'accessibilité des services chirurgicaux, la région surpasse le résultat du Québec dans l'atteinte des balises. Dans ce domaine, elle se classe au quinzième rang et l'écart ne semble pas en voie de s'amoindrir si nous considérons la variation temporelle des indicateurs. En contrepartie, l'Estrie obtient d'excellents résultats, tous supérieurs à ceux de Montréal et de la Capitale-Nationale, pour l'accessibilité des services d'orientation (quatrième rang avec 92,0 % d'atteinte des balises contre 63,2 % pour le Québec), l'accessibilité des services d'urgence (deuxième position avec 99,4 % contre 55,2 %), de même que la productivité (premier rang avec 88,7 % contre 80,2 %) et la qualité (premier rang avec 89,9 % contre 73,9 %). Par rapport à ce dernier résultat relatif à la qualité, il convient aussi de mentionner la très forte progression temporelle des indicateurs qui composent cette sous-dimension. Cette performance se manifeste, par exemple, par un taux d'incidence très faible de la bactérie *C. difficile* qui, pour l'année 2008-2009, se chiffre à 2,8 cas pour 10 000 jours-patients hospitalisés, alors que ce taux est de 6,5 pour le Québec dans son ensemble. Par ailleurs, la région de l'Estrie présentait une proportion près de deux fois inférieure au résultat global du Québec pour les hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) avec 42,2 cas pour 100 000 habitants en 2007-2008, alors que le taux du Québec pour la même période était de 80,9.



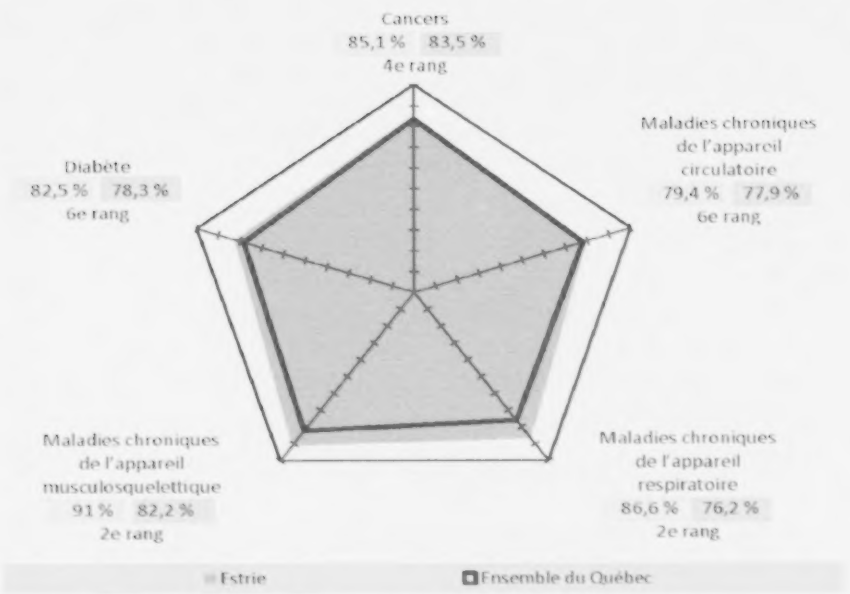


Pour l'ensemble des sous-dimensions liées au maintien et développement, la région de l'Estrie atteint les balises dans une proportion de 84,2%. Son résultat surpasse ainsi celui du Québec par 6,4%, ce qui lui vaut la troisième place parmi l'ensemble des régions comparées. Dans la sous-dimension de la stabilité du personnel, l'Estrie se démarque nettement et obtient le premier rang au Québec. Ce résultat s'explique, notamment, par un taux supérieur de rétention des effectifs embauchés en cours d'année. En effet, alors que, dans l'ensemble du Québec, ce sont 26,1% des personnes qui quittent leur emploi pendant la première année d'embauche en 2007-2008, ce taux n'est que de 19,0% en Estrie. Enfin, notons que, de 2005 à 2008, l'ensemble des indicateurs composant la fonction de maintien et développement présente une croissance sensiblement supérieure à la variation provinciale.

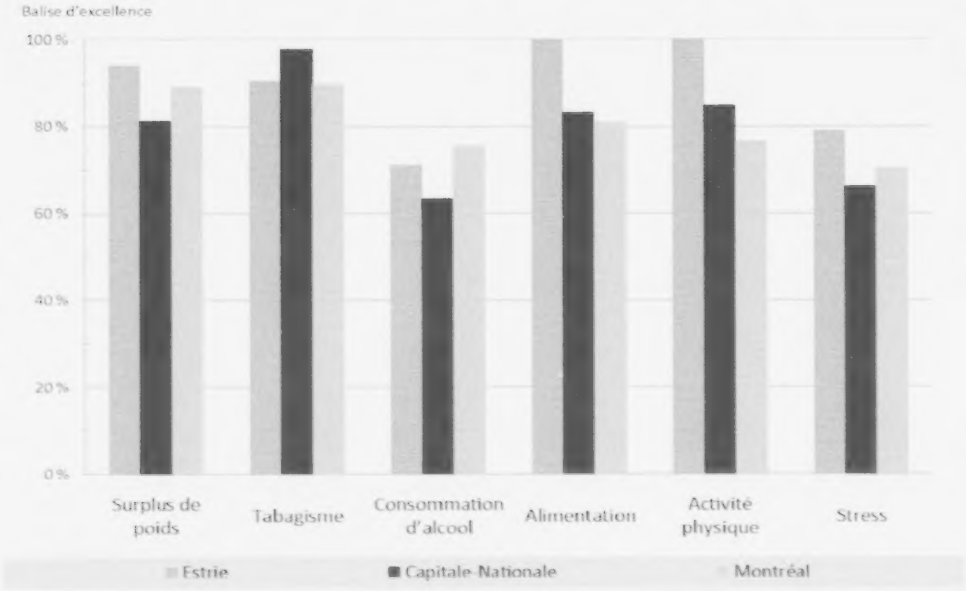


Malgré des résultats avantageux pour les trois autres fonctions qui constituent notre cadre d'analyse de la performance, et malgré une bonne santé globale et un excellent résultat en ce qui concerne l'activité physique (seulement 42% de la population est inactive durant ses loisirs, alors que ce taux est de 52,4% pour le Québec dans son ensemble), l'Estrie se classe au dixième rang pour l'atteinte des buts et, dans la moitié des sous-dimensions, elle n'atteint pas la balise québécoise. Ce résultat globalement défavorable semble attribuable à un certain nombre de facteurs qu'il convient de faire ressortir. Mentionnons d'abord la sous-dimension qui considère la proportion et les effets des traumatismes de toutes sortes, pour laquelle l'Estrie a des résultats défavorables par rapport aux taux moyens du Québec pour chacun des indicateurs relatifs aux blessures et à leurs conséquences. Par exemple, en 2005, l'Estrie arrivait au quatorzième rang à l'échelle provinciale pour la proportion de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical avec un taux de 8,2% contre 7,1% pour le Québec dans son ensemble. Par ailleurs, l'Estrie occupe le dernier rang du Québec en matière d'équité avec un taux de 50,8% d'atteinte des balises, alors que le résultat du Québec est de 61,4%. Ainsi, plusieurs indicateurs intrarégionaux illustrent des écarts importants entre la population favorisée et la population défavorisée en ce qui a trait, par exemple, au poids à la naissance, à la mortalité infantile, à la mortalité évitable de même qu'à l'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans et plus.

MALADIES CHRONIQUES



Sur le plan comparatif à l'échelle provinciale, l'Estrie présente un aperçu d'ensemble fort avantageux en ce qui concerne les maladies chroniques. D'abord, elle se situe au quatrième rang en ce qui concerne l'atteinte des balises relatives aux données sur le cancer avec une proportion de 85,1% contre 83,5% pour le Québec (tableau R6). En fait, ce sont essentiellement les résultats sur le cancer de la prostate qui affectent négativement le classement de la région, puisque cette dernière se classe au dernier rang pour le taux de mortalité de même que pour le nombre d'années potentielles de vie perdues à cause de cette maladie. Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, l'Estrie atteint les balises pour l'ensemble des indicateurs de performance dans une proportion de 79,4% contre un résultat moyen de 77,9% au Québec, ce qui lui vaut le sixième rang. Par ailleurs, les maladies chroniques des appareils respiratoire et musculosquelettique (surtout l'arthrite) semblent relativement peu problématiques dans la région de l'Estrie, qui obtient le deuxième rang pour l'atteinte des balises mesurant la prévalence et les effets de ces maladies. Soulignons que l'Estrie se démarque nettement des autres régions universitaires par ces résultats enviables.



De plus, pour ce qui est du taux de prévalence du diabète, l'Estrie obtient un résultat avantageux par rapport aux données moyennes du Québec, ainsi que par rapport aux autres régions universitaires. En effet, ce taux est de 5,7% en Estrie, alors qu'il atteint 6,3% dans la Capitale-Nationale et 7,1% à Montréal. Positifs dans l'ensemble, ces résultats relatifs aux maladies chroniques s'accompagnent de données particulièrement avantageuses pour ce qui est des habitudes de vie et des facteurs de risque. Dans ce domaine, l'Estrie obtient le premier rang avec un taux d'atteinte des balises de 89,1%, comparativement à la proportion du Québec, qui est de 79,1%. En effet, en plus de dépasser la balise québécoise dans chacune des catégories, l'Estrie atteint le premier rang dans trois catégories sur six en obtenant le meilleur résultat à l'échelle provinciale pour les indicateurs de surplus de poids, de la qualité de l'alimentation ainsi que de l'activité physique.

RÉGION UNIVERSITAIRE

MONTRÉAL

Région 06

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

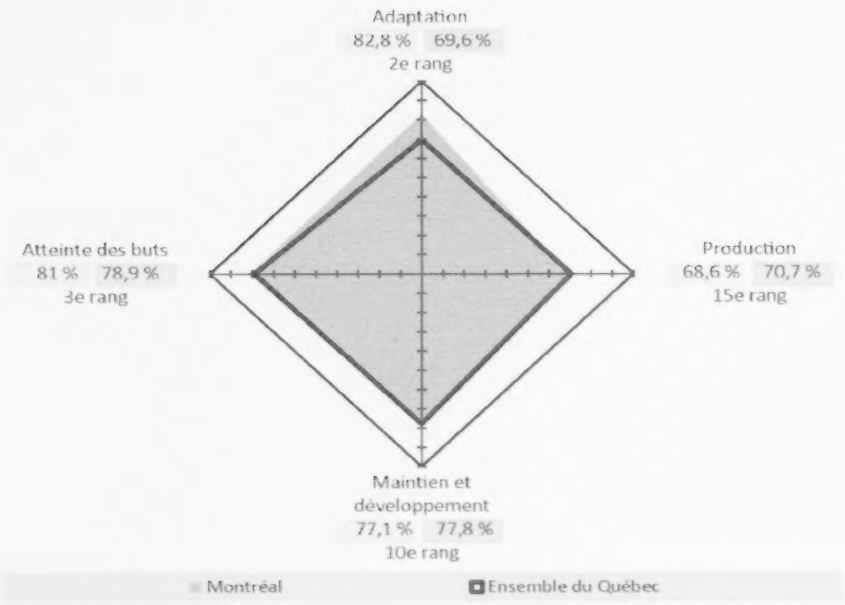
- Deuxième rang au Québec pour la fonction d'adaptation
- Forte acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures
- Bon statut d'emploi et faible taux d'absentéisme des professionnels de la santé
- Difficultés en ce qui concerne la production et l'accessibilité de plusieurs services
- Faible proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille
- Résultats défavorables pour la santé maternelle et infantile

MALADIES CHRONIQUES

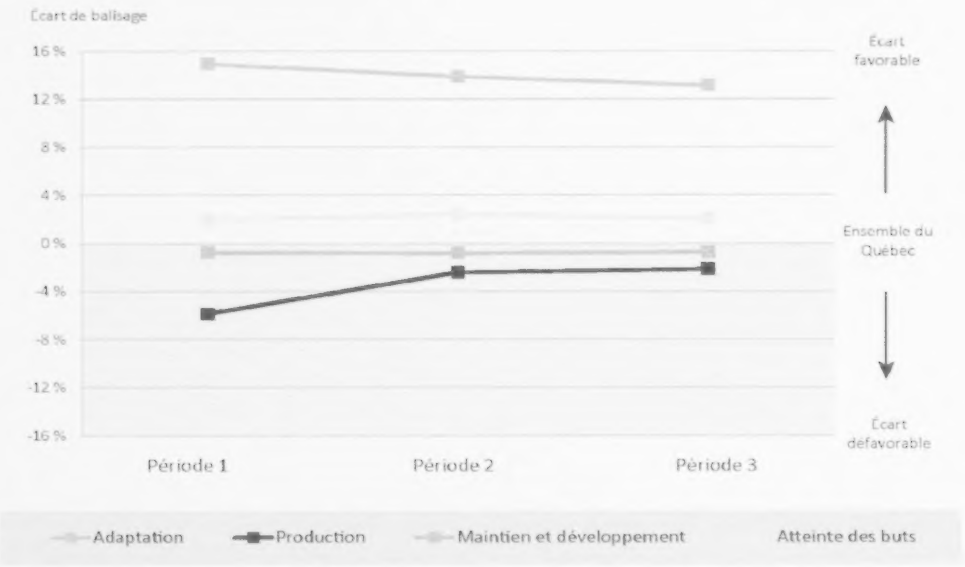
- Meilleur résultat au Québec pour les données sur le cancer
- Résultat le plus favorable parmi les régions universitaires pour la consommation d'alcool
- Treizième rang à l'échelle provinciale pour la prévalence du diabète
- Faibles taux d'interventions chirurgicales pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire

Population (2010)	1 912 388 hab.
0-17 ans	18,3 %
18-64 ans	66,3 %
65 ans et plus	15,4 %
Superficie (terre ferme)	502 km²
Densité de la population	3 810 hab./km²
Taux de chômage (2009)	11,1 %
Revenu disponible (2007)	33 515 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	43,1 %
Hospitalisations (2007-2008)	152 503
Nombre de CSSS (2010)	12
Population moyenne/CSSS	159 366 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	64 201

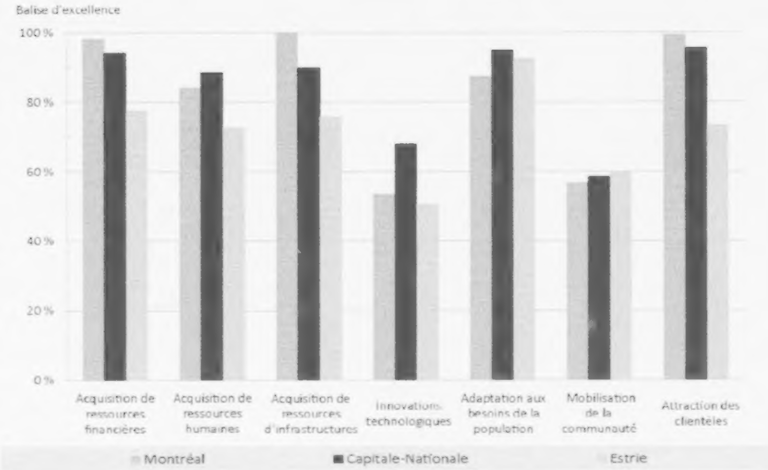
APERÇU GLOBAL



La région de Montréal présente des résultats qui varient grandement d'une fonction à l'autre. En effet, si elle se classe deuxième juste derrière la Capitale-Nationale pour l'adaptation, elle occupe le dernier rang au Québec pour la production avec un taux d'atteinte des balises inférieur de 2,1 % au résultat obtenu à l'échelle provinciale. Par ailleurs, Montréal présente un bon résultat pour l'atteinte des buts, malgré quelques indicateurs particulièrement faibles, et a des résultats moyens en ce qui concerne la fonction de maintien et développement.

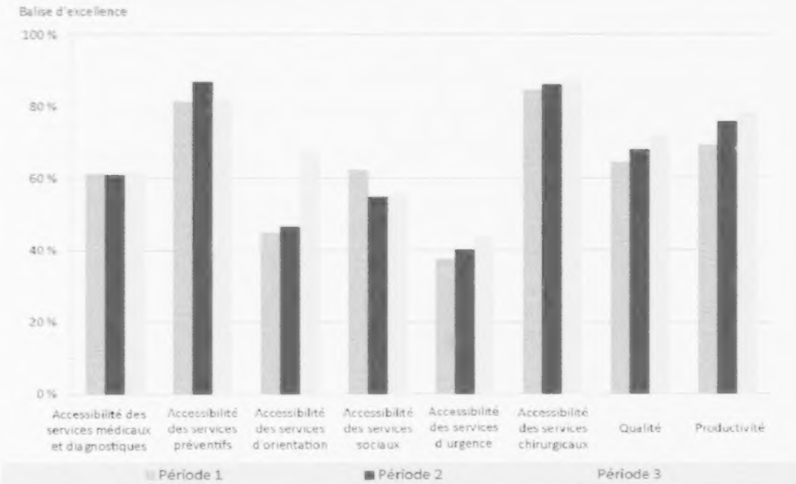


ADAPTATION

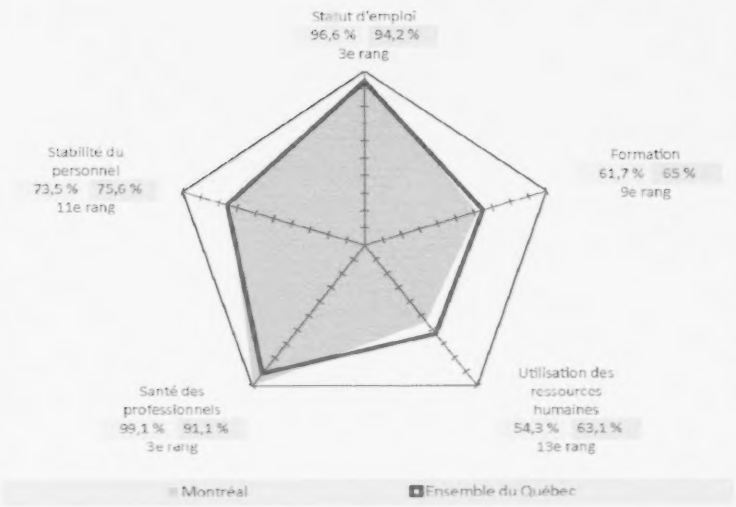


Avec une proportion d'atteinte des balises de 82,8 % contre 69,6 % pour l'ensemble du Québec, la région de Montréal occupe le deuxième rang à l'échelle provinciale pour la capacité d'adaptation. Cette donnée positive est, en partie, attribuable aux résultats très avantageux obtenus dans les sous-dimensions d'acquisition de ressources financières (premier rang), humaines (troisième rang) et d'infrastructures (premier rang) de même que dans l'attraction de la clientèle (premier rang). Pour ce qui est de l'acquisition de ressources humaines, soulignons que c'est à Montréal que nous trouvons la plus forte proportion de médecins spécialistes pour 1 000 habitants avec un taux de 1,95, alors qu'en 2008, le taux moyen du Québec était de 1,1 pour cet indicateur. Toutefois, ces résultats positifs, non sans rapport avec le statut de Montréal comme région universitaire de première importance, doivent être relativisés à la lumière de données plus faibles en ce qui concerne l'adaptation aux besoins de la population. En effet, les indices de réactivité, qui tiennent compte, notamment, du respect de la dignité, de la confidentialité, de la rapidité de la prise en charge et de la qualité de l'environnement, font ressortir des lacunes dans les soins et services de la région montréalaise et, dans cette sous-dimension, ils lui valent l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale. Enfin, malgré sa bonne performance générale pour la fonction d'adaptation, les données temporelles tendent à montrer que Montréal perd du terrain dans ce domaine et que l'écart avec les autres régions tend à se résorber.

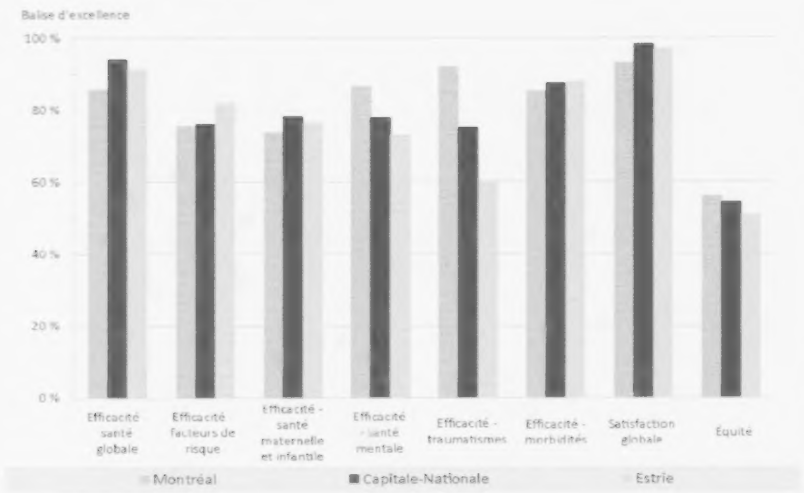
PRODUCTION



Les données relatives à la production montrent que cette fonction constitue le principal défi de la région de Montréal. En effet, dans presque toutes les sous-dimensions, la région métropolitaine ne rejoint pas la proportion d'atteinte des balises au Québec et, parfois, elle a des écarts considérables avec cette proportion, ce qui lui vaut le dernier rang parmi l'ensemble des régions comparées. À titre d'exemple, en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, le taux d'atteinte des balises n'est que de 61,7 %, alors que le résultat du Québec est de 72,4 %, ce qui constitue le résultat le plus défavorable de la province. Concrètement, c'est à Montréal que l'on trouve la plus faible proportion de personnes ayant accès à un médecin de famille. Les résultats ne sont pas beaucoup plus encourageants si nous considérons l'accessibilité des services préventifs (quatorzième rang), des services d'urgence (treizième rang) et des services chirurgicaux (treizième rang). Cependant, dans la sous-dimension d'accessibilité des services d'orientation, Montréal dépasse le taux d'atteinte des balises au Québec avec 67,8 % (dixième rang) contre 63,2 %, de même que dans la sous-dimension d'accessibilité des services sociaux avec 55,6 % contre 46,2 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui constitue la cinquième position dans ce domaine. Enfin, malgré des résultats largement défavorables, c'est la région de Montréal qui, au cours des trois dernières périodes, obtient, avec Laval, la plus forte progression pour ce qui est de sa production avec une croissance globale de 5,8 % pendant que l'ensemble du Québec ne croît que de 1,6 %.



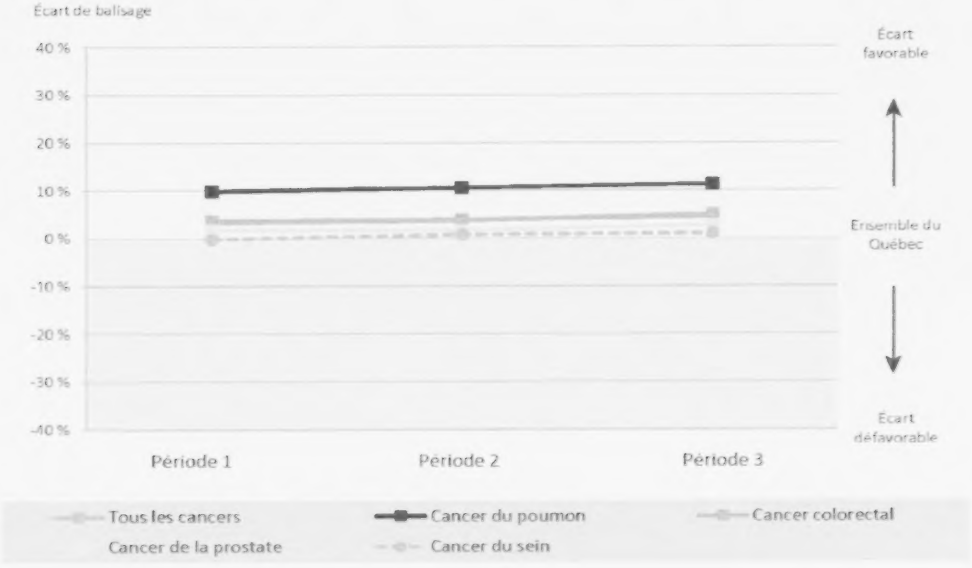
Pour le maintien et développement, la région de Montréal obtient des résultats légèrement inférieurs au taux d'atteinte des balises à l'échelle provinciale avec 77,1 % contre 77,8 % pour l'ensemble du Québec, ce qui la place au dixième rang. Parmi les données dignes de mention, il y a celles qui sont liées au statut d'emploi, pour lesquelles Montréal se classe au troisième rang à l'échelle provinciale. Concrètement, cela se manifeste, par exemple, par une proportion de 74,3 % d'employés occupant un poste régulier, alors que, pour l'ensemble du Québec, cette proportion est de 71,8 %. Par ailleurs, pour ce qui est de la santé des professionnels, Montréal occupe aussi le troisième rang avec un taux d'absentéisme de 5,2 %, ce qui représente 0,4 % de moins que le taux moyen du Québec. Cependant, Montréal est la région qui compte le taux le plus élevé d'heures travaillées en temps supplémentaire : elle occupe ainsi le treizième rang pour l'utilisation des ressources humaines. Enfin, notons que, pour Montréal, la variation temporelle des données pour la fonction de maintien et développement correspond exactement à l'évolution observée pour l'ensemble du Québec avec une croissance de 0,7 % au cours de 2005 à 2008.



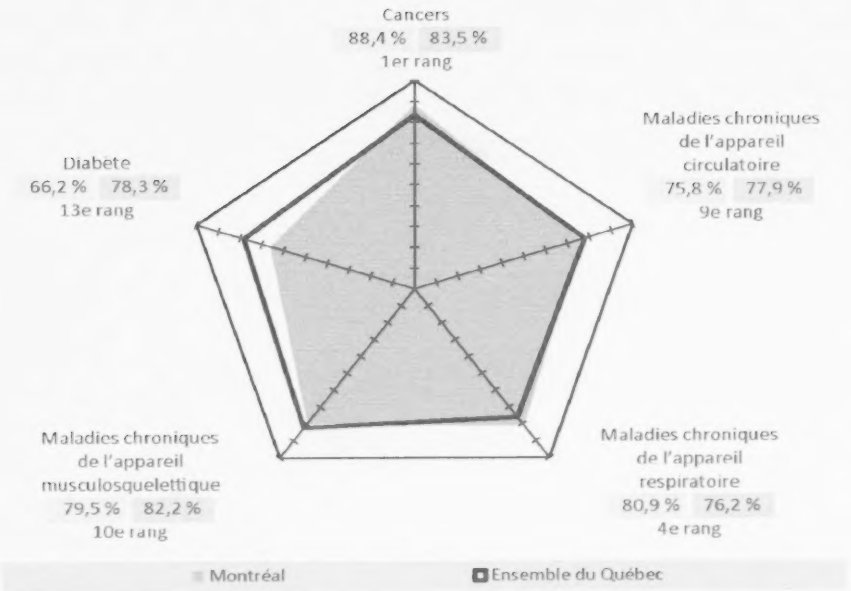
Actuellement, la région de Montréal occupe le troisième rang à l'échelle provinciale pour l'atteinte des buts avec une proportion d'atteinte des balises de 81,0 %, alors que le taux du Québec est de 78,9 %. Pour ce qui est de l'efficacité en santé maternelle et infantile, qui comprend, notamment, la mortalité infantile et les naissances de faible poids, Montréal obtient un résultat de 73,7 %, alors que le taux du Québec est de 78,2 %, ce qui place la région montréalaise au quatorzième rang à l'échelle provinciale. Par ailleurs, nous trouvons à Montréal des taux de satisfaction globale parmi les plus bas au Québec. Par exemple, alors que la proportion de la population qui se dit très ou assez satisfaite à l'égard des soins reçus en clinique médicale s'élève à 94,1 % pour l'ensemble du Québec, ce taux n'est que de 91,1 % à Montréal. Cependant, à cause de cet écart, qui pourrait sembler minime, la région de Montréal occupe le quatorzième rang pour cet indicateur. Enfin, Montréal se distingue nettement des deux autres régions universitaires et est au deuxième rang à l'échelle provinciale, juste derrière Laval, pour l'efficacité en ce qui concerne les traumatismes en atteignant les balises dans une proportion de 92,0 %, tandis que le résultat global du Québec est de 70,8 %.

MALADIES CHRONIQUES

Pour ce qui est des maladies chroniques, nous remarquons tout d'abord les excellents résultats obtenus par Montréal pour les données sur le cancer (tableau R6). En effet, pour tous les types de cancer, Montréal a des taux d'incidence plus bas que les résultats moyens du Québec et dépasse les résultats du Québec dans chaque catégorie de cancer, ce qui lui vaut, avec 88,4 % d'atteinte des balises contre 83,5 % pour le Québec, la première place par rapport aux régions étudiées. Par exemple, c'est à Montréal qu'est observé le plus faible taux d'incidence pour le cancer du poumon (73,8 cancers pour 100 000 habitants contre 83,0 pour le Québec dans son ensemble) de même que le plus faible taux de mortalité pour ce même cancer. Qui plus est, pour le cancer en général, la situation tend à évoluer de façon relativement plus positive à Montréal qu'au Québec dans son ensemble.



Lorsque nous considérons les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, Montréal a la neuvième place avec une proportion d'atteinte des balises de 75,8 % contre un taux de 77,9 % pour l'ensemble du Québec. Cependant, dans la catégorie répertoriant les niveaux d'interventions chirurgicales liées à ces maladies, nous observons que Montréal se situe au quatorzième rang parmi les quinze régions comparées avec des résultats en deçà du taux moyen du Québec pour chaque type d'intervention. En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, Montréal surpasse de 4,7 % le résultat du Québec et atteint les balises d'excellence dans une proportion de 80,9 %, ce qui la place au quatrième rang à l'échelle provinciale. Par ailleurs, pour ce qui est du diabète, Montréal occupe le treizième rang à l'échelle provinciale avec un taux de prévalence de 7,1 % contre 6,0 % pour l'ensemble du Québec, ce qui constitue le résultat le moins favorable parmi les régions universitaires.



En ce qui concerne les habitudes de vie et les facteurs de risque, la région de Montréal occupe le cinquième rang avec une proportion d'atteinte des balises de 80,4% contre un taux de 79,1 % pour l'ensemble du Québec. Enfin, à cet égard, mentionnons que Montréal obtient, avec un troisième rang à l'échelle provinciale pour la consommation d'alcool, le résultat le plus favorable parmi les régions universitaires. Cependant, par rapport à l'activité physique, la région tire de l'arrière comparativement aux autres régions universitaires avec un taux de 54,5% de sa population qui est inactive durant ses loisirs, alors qu'en 2008, cette proportion n'atteignait, respectivement, que 49,6% et 42,0% pour la Capitale-Nationale et l'Estrie.

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

CHAUDIÈRE-APPALACHES

Région 12

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

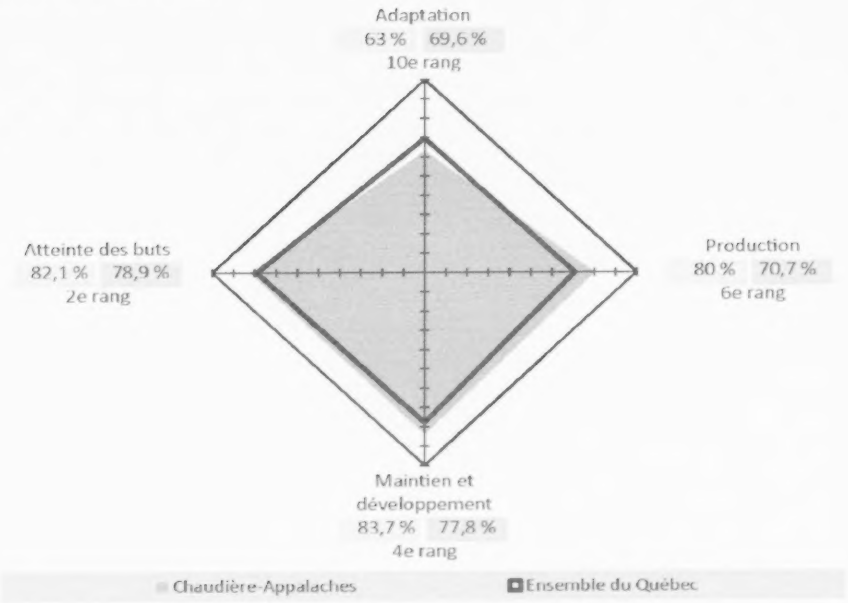
- Bonnes productivité, qualité et accessibilité des soins
- Très bonnes utilisation des ressources humaines et santé des professionnels
- Excellents résultats en santé maternelle et infantile
- Résultats défavorables pour l'acquisition de ressources
- Problème d'accessibilité aux services sociaux

MALADIES CHRONIQUES

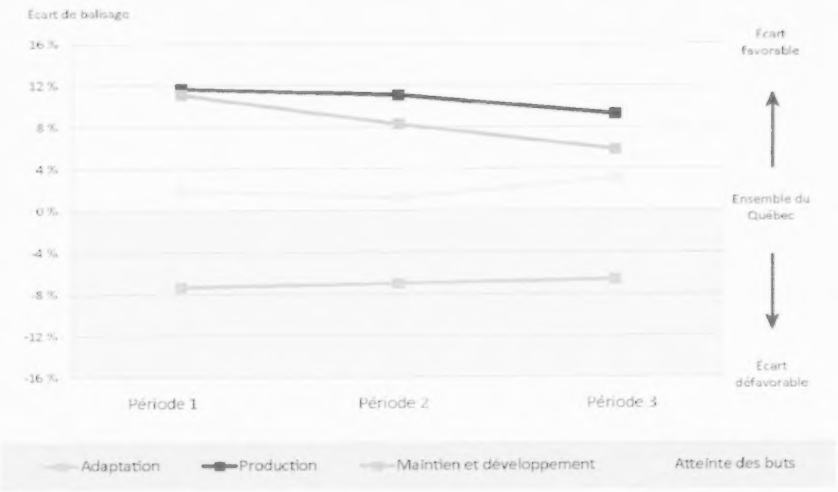
- Résultats favorables pour le cancer
- Taux avantageux de mortalité par cardiopathie ischémique
- Troisième meilleure performance à l'échelle provinciale pour les maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique
- Très bons résultats pour les habitudes de vie et les facteurs de risque
- Résultats défavorables pour le cancer de la prostate

Population (2010)	405 576 hab.
0-17 ans	19,5 %
18-64 ans	64,6 %
65 ans et plus	15,9 %
Superficie (terre ferme)	15 077 km²
Densité de la population	26,9 hab./km²
Taux de chômage (2009)	5,9 %
Revenu disponible (2007)	31 076 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	57,1 %
Hospitalisations (2007-2008)	40 380
Nombre de CSSS (2010)	5
Population moyenne/CSSS	81 115 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	8 551

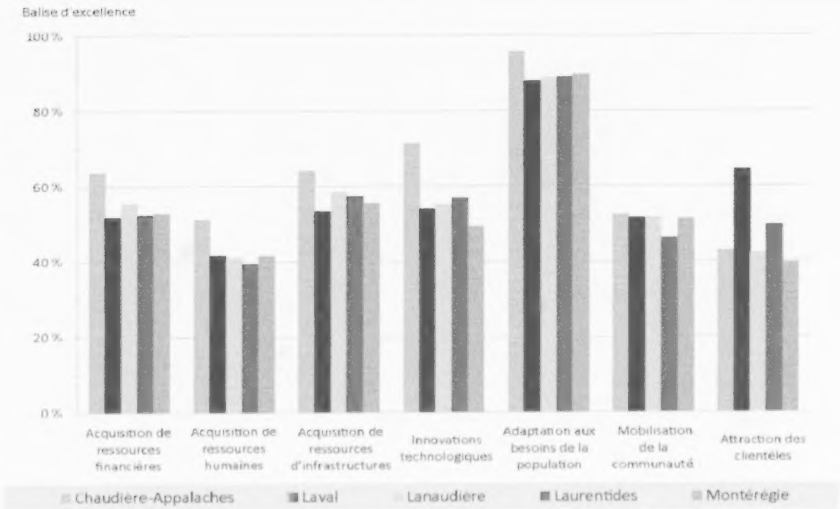
APERÇU GLOBAL



La région de la Chaudière-Appalaches atteint les balises québécoises d'excellence pour trois des quatre fonctions et elle se situe de façon très avantageuse parmi les autres régions qui lui sont le plus comparables, à savoir les régions en périphérie des régions universitaires. Ainsi, pour la fonction d'adaptation, la région de la Chaudière-Appalaches obtient le meilleur résultat parmi les régions comparables, mais elle se situe au dixième rang à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 63,0 %, alors que le résultat du Québec est de 69,6 %. En ce qui concerne la production, la région obtient des résultats favorables dans la grande majorité des sous-dimensions et elle se classe quatrième sur le plan comparatif à l'échelle provinciale pour le maintien et développement. Au sujet de l'atteinte des buts, elle obtient d'excellents résultats.

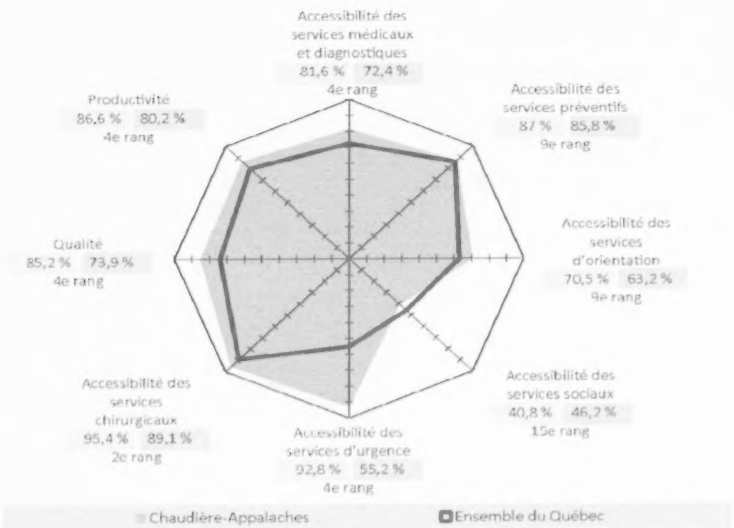


ADAPTATION

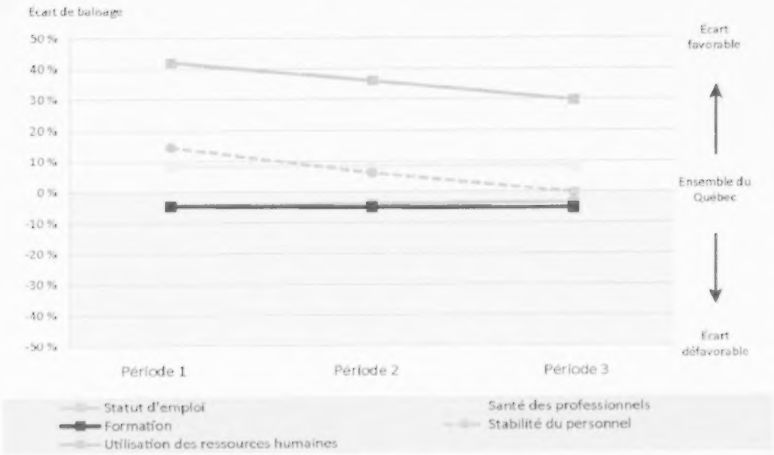


Pour la fonction d'adaptation, la région de la Chaudière-Appalaches se classe au dixième rang à l'échelle provinciale et elle obtient un résultat inférieur de 6,6 % à la proportion d'atteinte des balises au Québec. Ainsi, parmi les sept sous-dimensions que comporte cette fonction, la région n'a une performance favorable par rapport au résultat du Québec que pour deux d'entre elles, à savoir les innovations technologiques et l'adaptation aux besoins de la population. D'ailleurs, dans cette dernière sous-dimension, la région de la Chaudière-Appalaches se classe au deuxième rang à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 95,6 %, alors que le résultat pour l'ensemble du Québec est de 90,0 %. À titre d'exemple, notons que ce ne sont que 8,2 % des habitants de cette région qui, en 2005, ont déclaré des besoins insatisfaits en matière de santé, alors que cette proportion était de 12,3 % pour le Québec dans son ensemble. Enfin, il importe d'observer que, malgré ses résultats en deçà des proportions moyennes d'atteinte des balises au Québec pour les sous-dimensions d'acquisition de ressources, de mobilisation de la communauté et d'attraction de la clientèle, la région de la Chaudière-Appalaches fait bonne figure parmi le groupe des cinq régions en périphérie des régions universitaires, qui obtiennent d'ailleurs toutes des résultats défavorables pour la fonction d'adaptation.

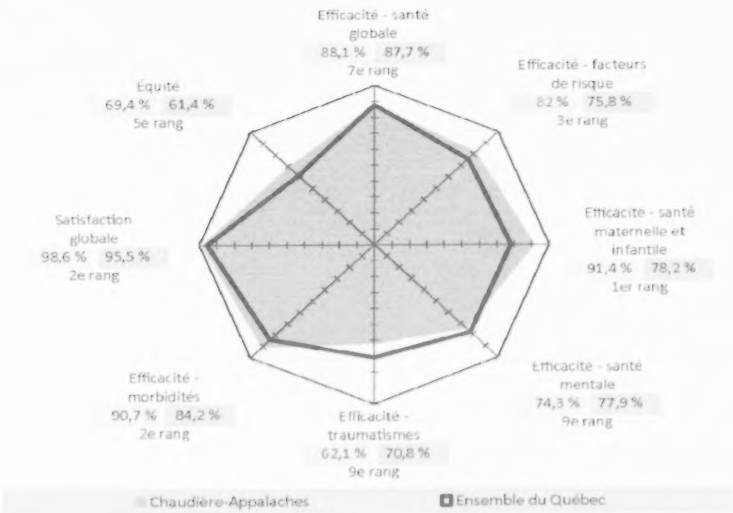
PRODUCTION



Avec une proportion d'atteinte des balises de 80,0 % contre un résultat de 70,7 % au Québec, la région de la Chaudière-Appalaches se classe au sixième rang à l'échelle provinciale pour la fonction de production. En fait, la région obtient des résultats supérieurs à la balise dans toutes les sous-dimensions sauf celle qui évalue l'accessibilité des services sociaux. Dans cette dernière sous-dimension, elle obtient le moins bon résultat parmi les quinze régions comparées, notamment à cause du fait que son résultat compte parmi les plus longs délais d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, soit 22,5 jours contre 15,6 jours pour l'ensemble du Québec. Cependant, le résultat défavorable obtenu pour cet indicateur est plutôt exceptionnel, puisque, dans l'ensemble, la région a une très bonne performance. En particulier, soulignons les très bons résultats obtenus pour l'accessibilité des services chirurgicaux, pour la qualité ainsi que pour la productivité. En effet, c'est dans la région de la Chaudière-Appalaches que nous trouvons la plus faible proportion d'occupation de lits de courte durée pour des soins de longue durée avec un taux de 0,8 %, alors que, pour l'ensemble du Québec, ce taux est de 5,6 %.

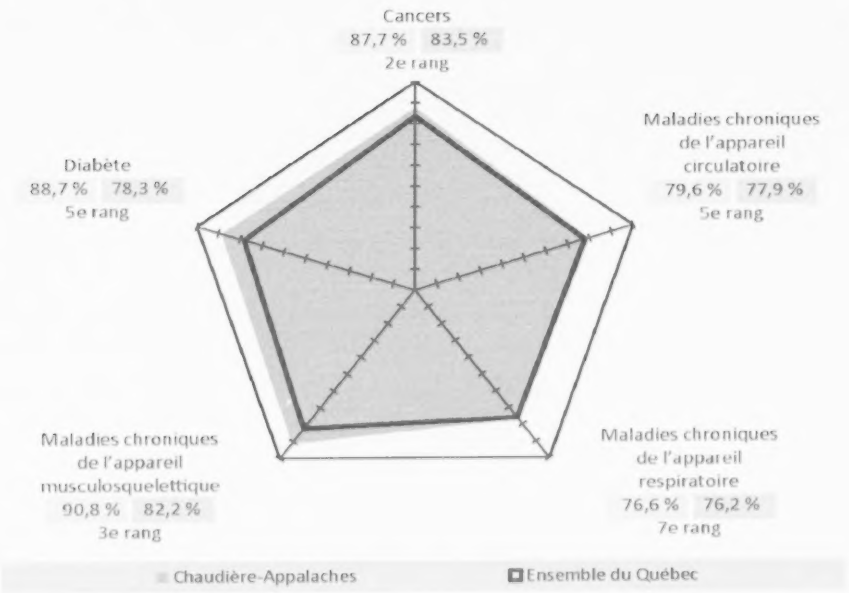


Pour ce qui est du maintien et développement, la région de la Chaudière-Appalaches se situe en dessous du taux d'atteinte des balises au Québec dans trois des cinq sous-dimensions, mais elle obtient tout de même un résultat global avantageux avec une proportion d'atteinte des balises de 83,7 % contre 77,8 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui la place au quatrième rang à l'échelle provinciale. Ainsi, pour le statut d'emploi, la formation et la stabilité du personnel, cette région obtient des résultats légèrement inférieurs à la balise. Toutefois, pour les sous-dimensions qui évaluent l'utilisation des ressources humaines et la santé des professionnels, la région de la Chaudière-Appalaches obtient des résultats très avantageux, qui lui valent, pour chacune, le deuxième rang à l'échelle provinciale. Notons, par exemple, la très bonne performance de la région en ce qui a trait à la proportion d'heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées. Ainsi, cette proportion est de 3,4 % dans la région de la Chaudière-Appalaches, alors qu'elle atteint 6,6 % dans l'ensemble du Québec, ce qui lui procure le deuxième rang à l'échelle provinciale, juste derrière le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Enfin, si nous considérons l'évolution temporelle des données de balisage pour la fonction de maintien et développement, nous constatons que la région de la Chaudière-Appalaches perd du terrain par rapport à l'ensemble du Québec. De façon plus particulière, pour les sous-dimensions d'utilisation des ressources humaines et de stabilité du personnel, la région présente le plus fort recul parmi les quinze régions comparées de 2005 à 2008.

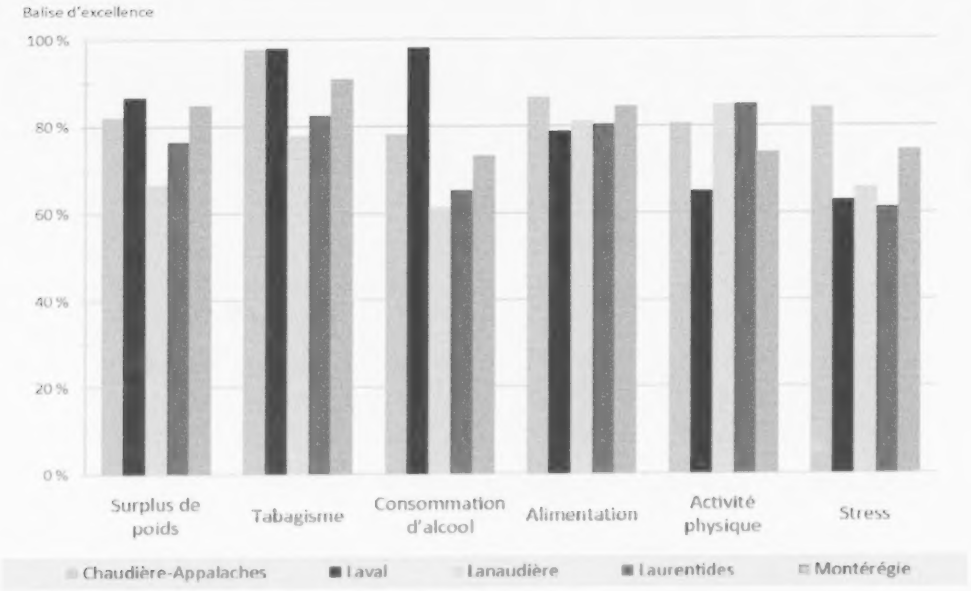


La région de la Chaudière-Appalaches atteint les balises d'excellence pour la fonction d'atteinte des buts dans une proportion de 82,1 % contre un résultat de 78,9 % au Québec, ce qui lui procure le deuxième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Sur les huit sous-dimensions qui composent cette fonction, la région de la Chaudière-Appalaches atteint six fois les balises d'excellence. Les deux sous-dimensions qui sont les plus problématiques sont celles qui mesurent l'efficacité en santé mentale de même que l'efficacité en ce qui concerne les traumatismes. Ainsi, dans les deux cas, la région se classe au neuvième rang à l'échelle provinciale et elle obtient le résultat le moins avantageux parmi les quatre autres régions qui lui sont le plus comparables, à savoir Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. Quoi qu'il en soit, il faut mentionner les très bons résultats obtenus par la région de la Chaudière-Appalaches dans le domaine de l'efficacité en morbidités et de la satisfaction globale. Par ailleurs, soulignons qu'en raison du plus faible taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins de même qu'en raison de la faible proportion des naissances de faible poids, la région de la Chaudière-Appalaches obtient le meilleur résultat à l'échelle provinciale pour l'efficacité en santé maternelle et infantile.

MALADIES CHRONIQUES



Quant aux données sur le cancer, la région de la Chaudière-Appalaches se démarque avantageusement sur le plan comparatif, puisqu'elle est au deuxième rang à l'échelle provinciale pour l'atteinte des balises d'excellence (tableau R6). En ce qui concerne le cancer du poumon, cette région atteint les balises dans une proportion de 97,4 %, alors que le résultat moyen au Québec est de 86,3 %, ce qui confère à la région de la Chaudière-Appalaches le deuxième meilleur résultat pour cette maladie. Notons au passage que la région obtient la meilleure performance québécoise pour les années potentielles de vie perdues à cause de ce cancer avec un taux de 465 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, alors que la donnée québécoise pour le même indicateur est de 571 (données de 2000-2002). Par ailleurs, lorsque nous considérons tous les cancers, c'est la région de la Chaudière-Appalaches qui a le taux de mortalité le plus bas pour 100 000 habitants avec 210, alors que le résultat du Québec est de 223 (données moyennes de 2002-2006). Ce n'est que pour le cancer de la prostate que la région de la Chaudière-Appalaches présente des résultats défavorables pour lesquels elle obtient le quatorzième rang. Enfin, lorsque nous prenons en considération la variation temporelle des données de balisage, nous constatons que, pour le cancer, la région de la Chaudière-Appalaches suit de très près la tendance globale du Québec, laquelle est à la baisse.



Pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire (cinquième rang) et les maladies chroniques de l'appareil respiratoire (septième rang), la région de la Chaudière-Appalaches rejoint le taux d'atteinte des balises d'excellence au Québec sans, toutefois, occuper les rangs supérieurs. Cependant, il convient de mentionner que le résultat global obtenu pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire tend à camoufler des écarts dans les trois catégories d'indicateurs, puisque, malgré un taux relativement élevé de sa population présentant de l'hypertension et des taux d'interventions chirurgicales relativement faibles, la région obtient des taux faibles en ce qui concerne les morbidités liées à l'appareil circulatoire. En effet, avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 84,7% contre 73,5% pour le Québec dans son ensemble, la région de la Chaudière-Appalaches obtient, pour cette catégorie, le deuxième meilleur score de la province. Par ailleurs, avec un taux d'atteinte des balises de 90,8% contre un résultat de 82,2% au Québec, la région se classe au troisième rang pour les maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique.

Enfin, la région obtient des résultats enviables pour les habitudes de vie et les facteurs de risque en atteignant, dans chacune des catégories, le niveau d'atteinte des balises d'excellence au Québec, ce qui lui vaut le deuxième rang à l'échelle provinciale et le meilleur rang parmi les régions les plus comparables. De plus, notons que, de 2000 à 2008, la région de la Chaudière-Appalaches est celle qui a le plus amélioré sa proportion d'atteinte des balises pour les habitudes de vie et les facteurs de risque.

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LAVAL

Région 13

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

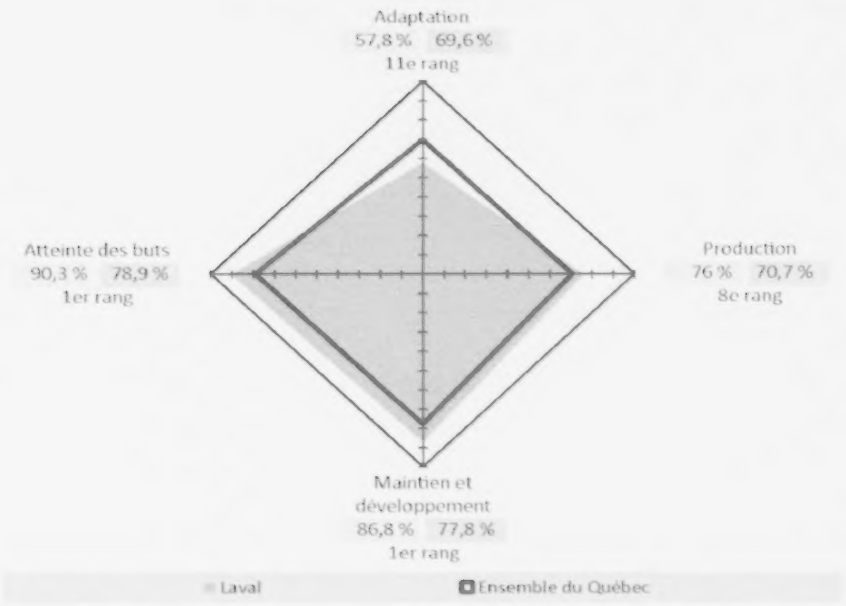
- Excellent résultat pour le maintien et développement
- Meilleurs résultats québécois pour l'atteinte des buts
- Forte croissance pour la fonction de production
- Bonne accessibilité des services médicaux et diagnostiques, sociaux, préventifs, d'orientation et d'urgence
- Très bon taux de formation et très bonne santé des professionnels
- Faible acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures
- Accessibilité des services chirurgicaux à améliorer
- Taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) le plus élevé au Québec

MALADIES CHRONIQUES

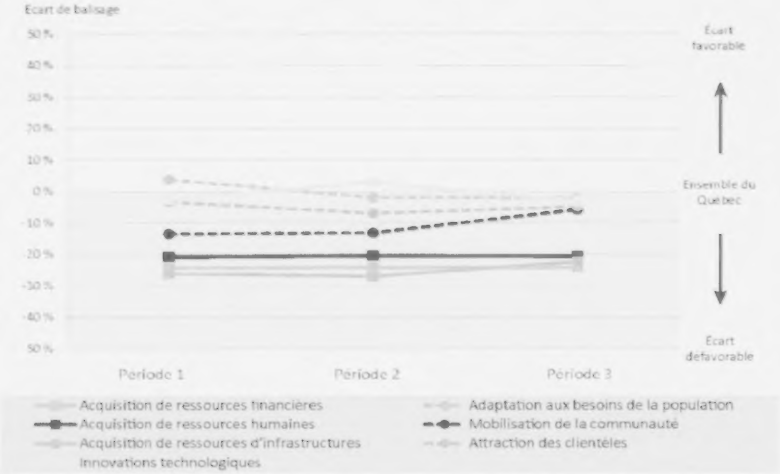
- Très bons résultats généraux pour le cancer
- Premier rang au Québec pour les maladies des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique ainsi que pour le diabète
- Résultats enviables pour le tabagisme et la consommation d'alcool
- Perception élevée du degré de stress
- Croissance de l'inactivité physique

Population (2010)	396 186 hab.
0-17 ans	20,9 %
18-64 ans	64,0 %
65 ans et plus	15,0 %
Superficie (terre ferme)	248 km²
Densité de la population	1 598 hab./km²
Taux de chômage (2009)	7,6 %
Revenu disponible (2007)	33 831 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	41,0 %
Hospitalisations (2007-2008)	32 158
Nombre de CSSS (2010)	1
Population moyenne/CSSS	396 186 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	6 269

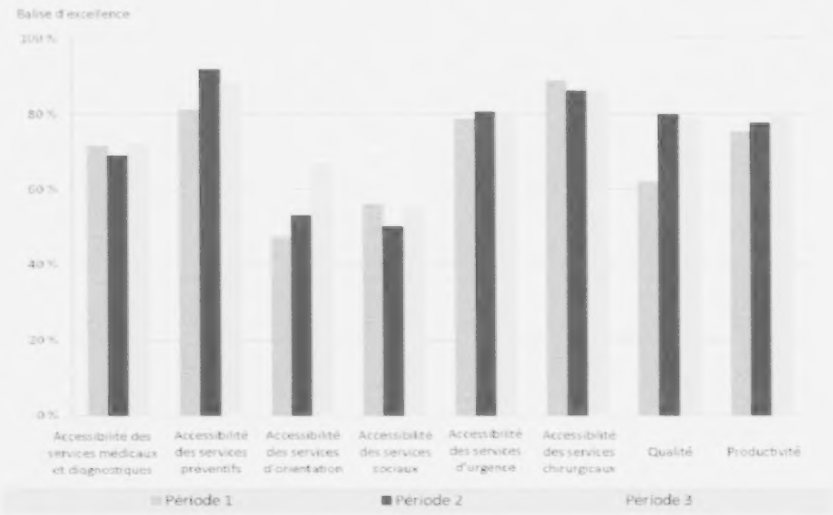
APERÇU GLOBAL



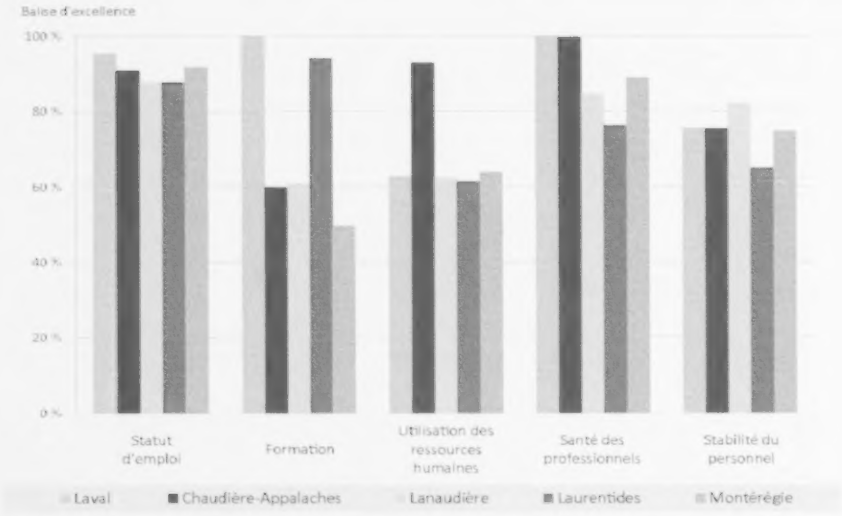
La région de Laval se distingue, tout particulièrement, par son excellente performance dans les fonctions de maintien et développement ainsi que d'atteinte des buts, pour lesquelles elle obtient le meilleur résultat parmi les quinze régions comparées. Pour ce qui est de la production, Laval atteint les balises d'excellence pour l'ensemble des sous-dimensions dans une proportion de 76,0 %, tandis que le score moyen du Québec est de 70,7 %, ce qui place la région au huitième rang pour cette fonction. Enfin, les résultats de Laval pour la fonction d'adaptation révèlent une performance défavorable, puisque son taux d'atteinte des balises est de 11,8 % inférieur au résultat global du Québec, chiffré à 69,6 %.



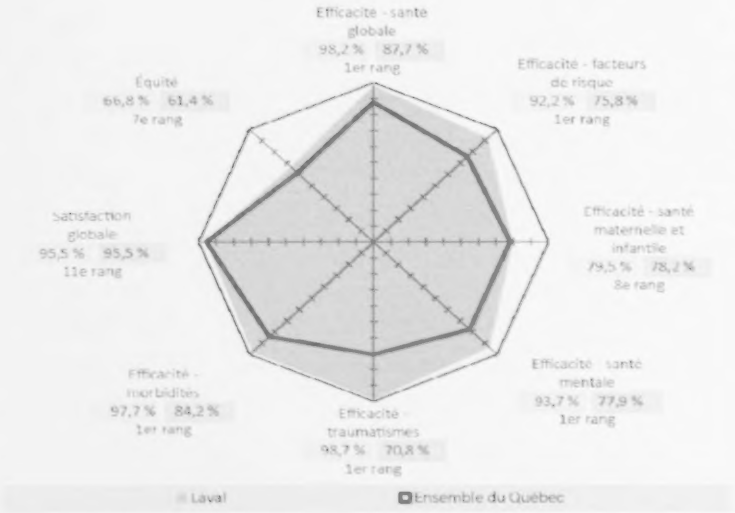
Avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 57,8 % contre un résultat moyen de 69,6 % au Québec, la région de Laval n'atteint les balises d'excellence dans aucune des sept sous-dimensions qui composent la fonction d'adaptation. Ce résultat négatif, typique aux régions en périphérie des régions universitaires, est attribuable, notamment, aux données défavorables dans les sous-dimensions liées à l'acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures. En effet, les résultats agrégés des indicateurs composant ces sous-dimensions révèlent d'importants écarts négatifs de balisage avec les résultats de l'ensemble du Québec. À titre d'exemple, Laval obtient le résultat québécois le plus défavorable pour l'acquisition de ressources financières avec une proportion d'atteinte des balises de 51,8 %, alors que ce taux est de 76,0 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui lui vaut le dernier rang à l'échelle provinciale dans cette sous-dimension. Cela se manifeste, notamment, dans le financement de certains programmes, comme le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), qui recevait la somme de 1 667,00 $ par personne de 65 ans et plus à Laval, alors que cette somme était de 2 189,00 $ dans l'ensemble du Québec en 2007-2008. Par ailleurs, la région lavalloise a aussi des résultats défavorables et se classe au treizième rang parmi les quinze régions comparées pour l'adaptation aux besoins de la population de même que pour la mobilisation de la communauté, même si le résultat pour cette dernière sous-dimension tend à s'améliorer plus rapidement que celui de chacune des autres régions au cours des années allant de 2003 à 2009.



Avec une proportion d'atteinte des balises de 76,0 % contre un résultat de 70,7 % dans l'ensemble du Québec, la région de Laval obtient le huitième rang pour la fonction de production. Ainsi, la région se compare au Québec, de manière généralement avantageuse, pour toutes les sous-dimensions liées à l'accessibilité, que ce soit l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, des services sociaux, des services préventifs, d'orientation ou d'urgence. Il y a cependant une exception notable en ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux, pour laquelle Laval se classe au quatorzième rang parmi les quinze régions comparées et dont la situation ne semble pas en voie de s'améliorer si nous considérons l'évolution temporelle des données. Par exemple, c'est à Laval que nous trouvons en 2009 le plus fort pourcentage de personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de six mois. En effet, alors que ce taux est de 10,5 % dans l'ensemble du Québec, il atteint 25,4 % dans la région lavalloise. Par ailleurs, si Laval atteint la balise québécoise pour la qualité malgré le taux le plus élevé au Québec en 2007-2008 en ce qui concerne les hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), cette région se trouve juste en dessous de la balise pour la productivité et elle se classe au dixième rang pour cette sous-dimension. Enfin, lorsque nous prenons en considération les variations temporelles de balisage pour la fonction de production dans son ensemble, nous constatons que Laval, avec le Saguenay–Lac-Saint-Jean, obtient le taux de croissance le plus élevé au Québec avec 5,8 % pendant que le Québec dans l'ensemble croît de 1,6 %.

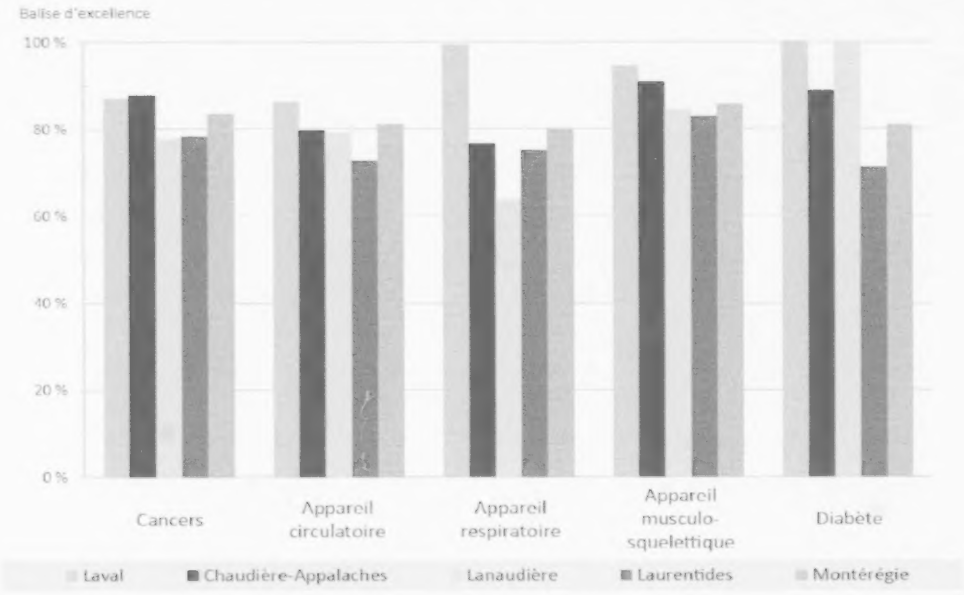


En grande majorité, les indicateurs composant les sous-dimensions de la fonction de maintien et développement témoignent de l'excellente performance de Laval dans ce domaine. En effet, en atteignant les balises d'excellence dans une proportion de 86,8 % contre un résultat québécois de 77,8 %, Laval se classe au premier rang, juste devant la Capitale-Nationale, pour le maintien et développement. Notons que Laval obtient même le premier rang à l'échelle provinciale dans deux des cinq sous-dimensions, à savoir la formation ainsi que la santé des professionnels. En effet, Laval a le meilleur résultat pour la santé des professionnels avec un taux d'absentéisme de seulement 5,1 % contre 5,6 % dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, ce sont 1,9 % des heures travaillées qui sont consacrées à la formation dans la région lavalloise, alors que cette proportion est de 1,2 % pour le Québec dans son ensemble. Enfin, notons qu'en plus d'obtenir les meilleurs résultats à l'échelle de la province, Laval continue de creuser l'écart avec les autres régions pour cette fonction, selon les données de variation temporelle.



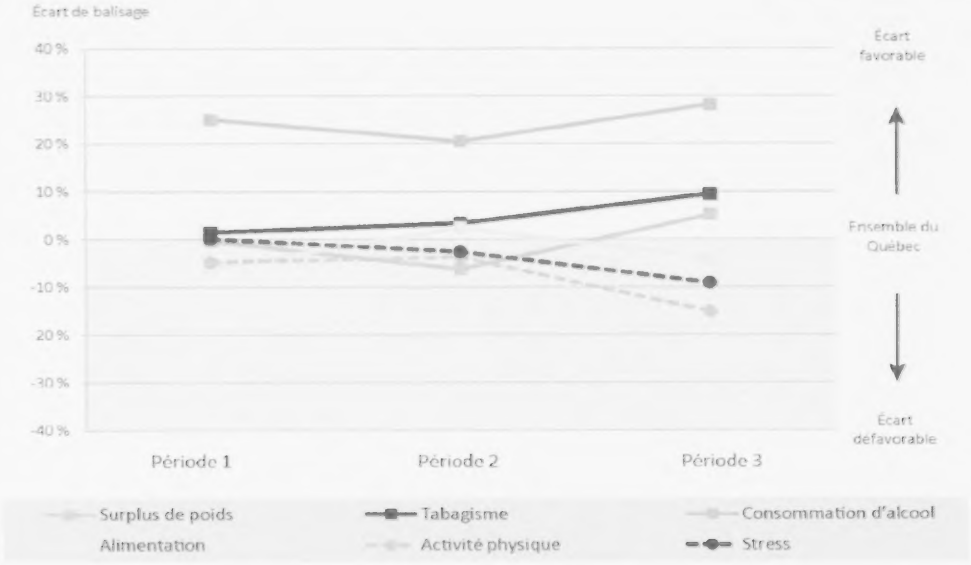
Lorsque nous considérons la fonction d'atteinte des buts du système de santé et de services sociaux, nous constatons que la région de Laval se situe au premier rang à l'échelle provinciale avec un taux d'atteinte des balises de 90,3 %. Ainsi, Laval atteint ou dépasse la proportion québécoise d'atteinte des balises dans chacune des huit sous-dimensions, en plus d'obtenir le meilleur résultat pour cinq d'entre elles. En effet, Laval se distingue dans les sous-dimensions d'efficacité liée à la santé globale, aux facteurs de risque, à la santé mentale (grâce au taux de suicides le plus faible au Québec), aux morbidités ainsi qu'aux traumatismes. À titre d'exemple, mentionnons que c'est à Laval que se trouvent les résultats les plus avantageux pour le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels avec une proportion de 18,1 décès pour 100 000 habitants, alors que ce taux est de 26,9 pour le Québec dans son ensemble. Pour cet indicateur, cependant, l'écart avec le Québec tend à s'amenuiser si nous considérons la variation temporelle des résultats au cours de 2000 à 2006, même si l'écart pour l'ensemble de la fonction d'atteinte des buts continue de s'accroître.

MALADIES CHRONIQUES



Dans l'ensemble, la région de Laval a des résultats très favorables pour les maladies chroniques. Pour ce qui est des données sur le cancer, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 87,1 %, alors que le résultat à l'échelle du Québec est de 83,5 %, ce qui vaut à Laval le troisième rang parmi les quinze régions comparées et le deuxième rang, derrière la Chaudière-Appalaches, si la comparaison est limitée aux cinq régions en périphérie des régions universitaires (tableau R6). La région lavalloise se distingue particulièrement dans la catégorie qui évalue les données sur tous les cancers en obtenant, notamment, le meilleur résultat au Québec pour les années potentielles de vie perdues par cancer. En effet, Laval a un taux de 1 571 années potentielles de vie perdues par cancer pour 100 000 habitants (données moyennes de 2002-2006), alors que ce taux est de 1 719 dans l'ensemble du Québec pour la même période. De façon concrète, cela signifie que le cancer fait moins de victimes parmi les couches les plus jeunes de la population lavalloise.

Pour les différents types de cancer, Laval obtient des résultats supérieurs d'atteinte des balises sauf pour le cancer du sein, pour lequel Laval se classe au douzième rang parmi les quinze régions comparées. Les données relatives aux autres maladies chroniques témoignent de l'excellente performance de Laval. En effet, la région se situe au premier rang québécois pour les maladies chroniques des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique ainsi que pour le diabète. Pour cette dernière maladie, la région de Laval avait, en 2008, un taux de prévalence de 4,7 % contre 6,0 % pour le Québec et présentait, pour l'ensemble de la section sur le diabète, la plus forte amélioration des résultats parmi toutes les régions comparées au cours des années allant de 2003 à 2008.



Enfin, pour les habitudes de vie et les facteurs de risque, Laval atteint les balises d'excellence dans une proportion de 81,5 % contre 79,1 % pour l'ensemble du Québec, ce qui lui procure le quatrième rang. Cependant, cette donnée globalement favorable tend à dissimuler des écarts importants entre les résultats des différentes catégories d'habitudes de vie et de facteurs de risque. En effet, malgré des résultats favorables pour les indicateurs de surplus de poids, de tabagisme et de consommation d'alcool, Laval se classe en dessous de la balise québécoise pour la qualité de l'alimentation, le stress et l'activité physique. En ce qui a trait à cette dernière catégorie, pour laquelle la région se classe au dernier rang, notons que Laval a connu, de 2003 à 2008, la plus forte détérioration parmi les régions québécoises. En effet, alors qu'en 2003, ce sont 54,7 % des Lavallois qui étaient inactifs pendant leurs loisirs, cette proportion a augmenté à 64,6 % en 2008.

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LANAUDIÈRE

Région 14

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

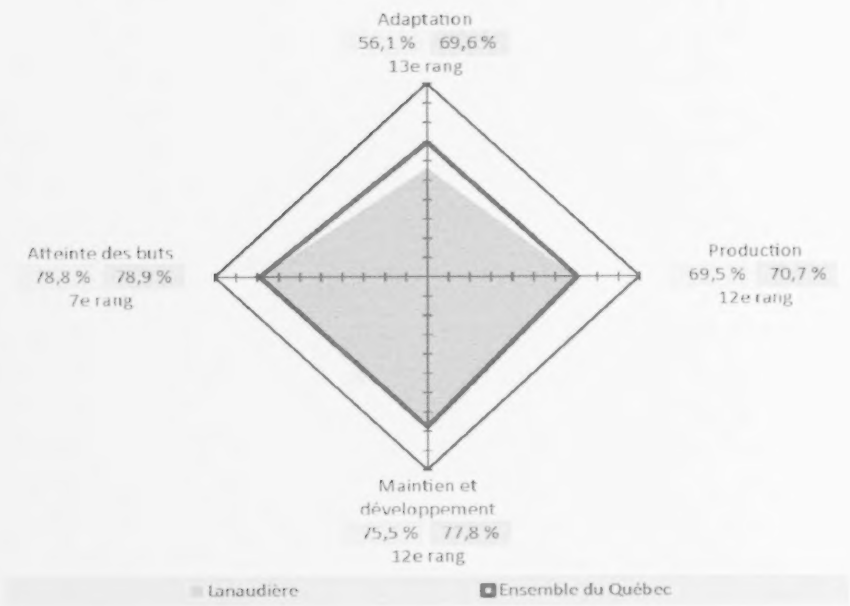
- Très bonne qualité des soins
- Bonne stabilité du personnel
- Résultat favorable au chapitre de l'équité
- Résultats défavorables pour la fonction d'adaptation, quoiqu'ils soient comparables à ceux des autres régions en périphérie des régions universitaires
- Faible accessibilité des services d'urgence et des services sociaux
- Données défavorables pour le statut d'emploi

MALADIES CHRONIQUES

- Taux élevés d'interventions chirurgicales pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire
- Meilleur résultat, à l'échelle provinciale, pour le diabète
- Données défavorables pour le cancer (dernier rang à l'échelle provinciale)
- Taux élevés de mortalité par grippe et pneumopathie
- Résultats très défavorables pour les habitudes de vie et les facteurs de risque

Population (2010)	468 381 hab.
0-17 ans	20,9 %
18-64 ans	65,5 %
65 ans et plus	13,6 %
Superficie (terre ferme)	12 313 km²
Densité de la population	38,0 hab./km²
Taux de chômage (2009)	8,2 %
Revenu disponible (2007)	31 290 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	50,0 %
Hospitalisations (2007-2008)	39 500
Nombre de CSSS (2010)	2
Population moyenne/CSSS	234 191 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	7 260

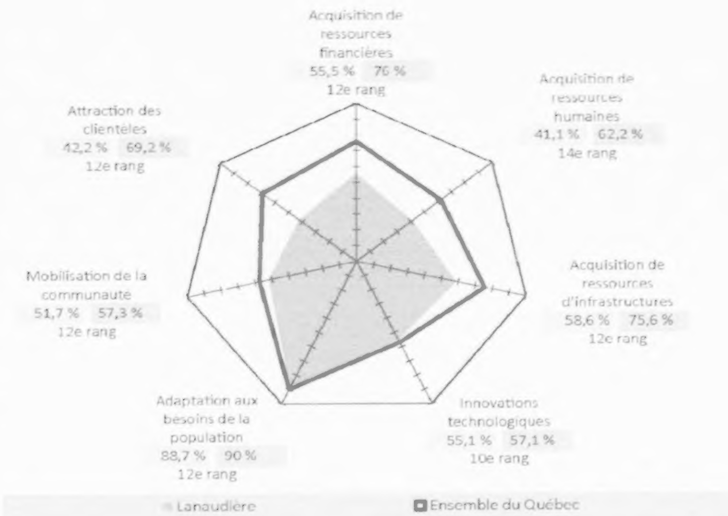
APERÇU GLOBAL



Dans l'ensemble, la région de Lanaudière obtient des résultats défavorables, puisqu'elle n'atteint les balises dans aucune des quatre fonctions qui composent notre cadre d'analyse de la performance. Ainsi, pour la fonction d'adaptation, Lanaudière atteint les balises dans une proportion de 56,1% contre un résultat québécois de 69,6%, ce qui lui vaut le treizième rang parmi les quinze régions comparées. Ses résultats pour la production ainsi que pour le maintien et développement ne sont guère plus favorables et valent à la région de Lanaudière le douzième rang pour ces deux fonctions. Enfin, pour l'atteinte des buts, la région de Lanaudière se situe juste en dessous de la balise québécoise et elle se classe au septième rang. Cependant, parmi les cinq régions en périphérie des régions universitaires, Lanaudière se classe quatrième, juste devant les Laurentides, pour cette fonction.

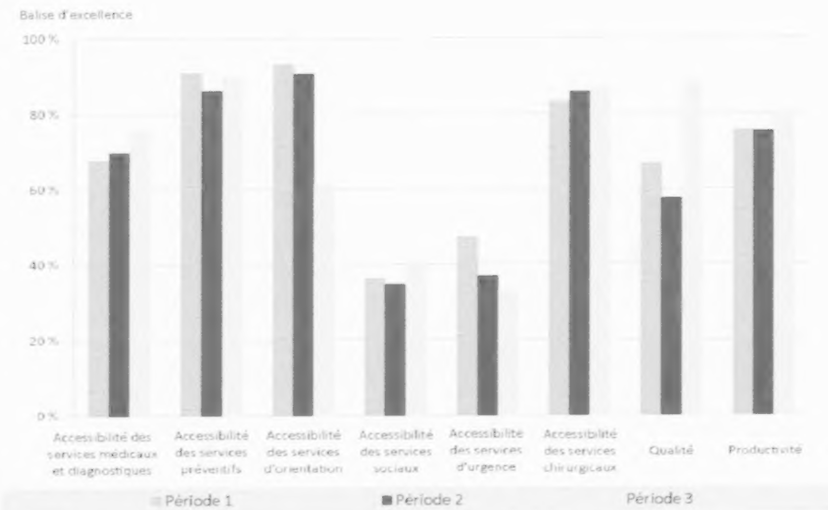
ADAPTATION

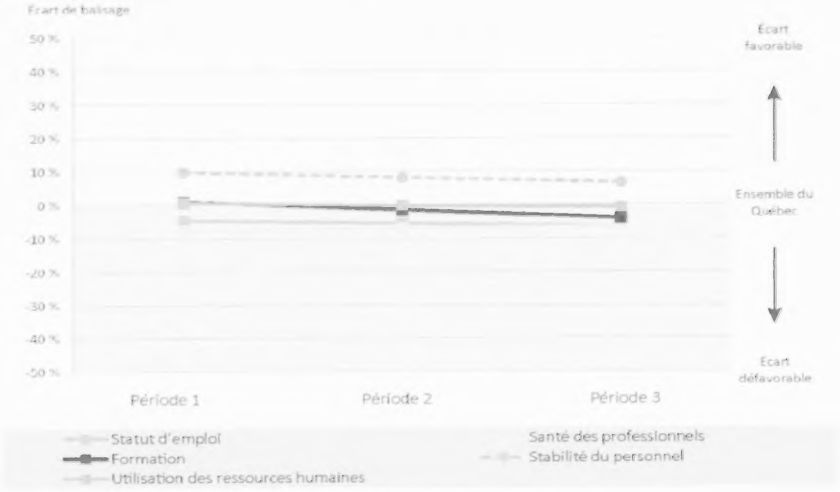
À l'instar des autres régions situées en périphérie des régions universitaires, Lanaudière obtient des résultats défavorables dans l'ensemble des sous-dimensions composant la fonction d'adaptation. Pour ce qui est de l'acquisition de ressources humaines, la région de Lanaudière atteint les balises d'excellence dans une proportion de 55,5% contre un taux de 76,0% pour le Québec dans son ensemble, ce qui lui vaut le douzième rang pour cette sous-dimension. Lorsque nous considérons les dépenses nettes en santé physique par habitant, en 2007-2008, nous constatons que Lanaudière se situe au dernier rang parmi les quinze régions comparées avec un résultat de 410,00$, alors que cette somme était de 746,00$ pour l'ensemble du Québec. Dans la sous-dimension d'acquisition de ressources humaines, pour laquelle la région de Lanaudière obtient l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale, nous constatons que cette région a obtenu, en 2008, le taux le plus faible au Québec de médecins de famille pour 1 000 habitants avec 0,81, pendant que le Québec avait un résultat de 1,03. En ce qui concerne le taux de médecins spécialistes, la région se situe à l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale avec 0,57 médecin pour 1 000 habitants, en 2008, alors que le taux moyen québécois était de 1,1.



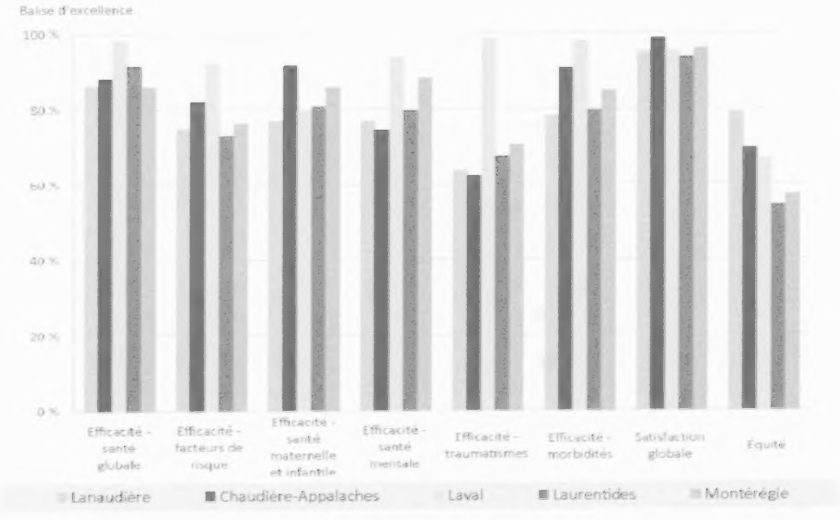
PRODUCTION

Pour la fonction de production, les résultats de la région de Lanaudière sont généralement défavorables malgré une performance supérieure à la proportion québécoise d'atteinte des balises dans trois des huit sous-dimensions qui la composent. Dans l'ensemble, la région se classe au douzième rang au Québec avec une proportion d'atteinte des balises de 69,5% contre 70,7% pour le Québec dans son ensemble. En ce qui concerne l'accessibilité des services d'urgence, la région de Lanaudière obtient les résultats les plus défavorables à l'échelle du Québec. À titre d'exemple, notons que la durée moyenne des séjours sur civière à l'urgence est de 24,2 heures dans cette région, alors qu'elle est de 17,1 heures pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, la région de Lanaudière se situe au quatrième rang à l'échelle du Québec pour l'accessibilité des services préventifs et a de très bons résultats pour la qualité des soins avec une proportion d'atteinte des balises de 88,6%, alors que le résultat au Québec est de 73,9%, ce qui lui procure le deuxième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Enfin, pour la qualité, notons que c'est la région de Lanaudière qui présente la variation temporelle la plus favorable. Par exemple, le taux d'incidence de *C. difficile* est passé de 17,0 cas pour 10 000 jours-patients en 2004-2005 à seulement 3,9 cas en 2008-2009.



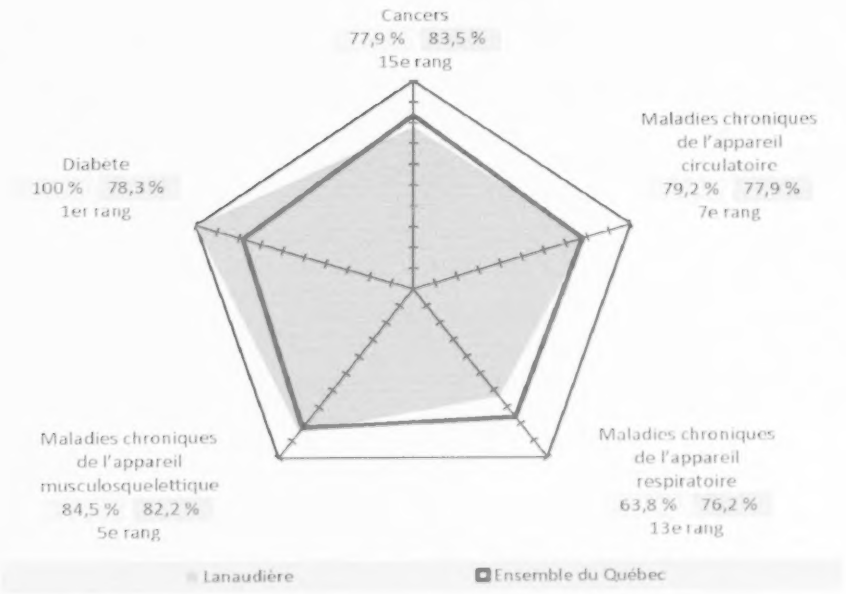


Pour ce qui est du maintien et développement, la région de Lanaudière atteint les balises d'excellence dans une proportion de 75,5%, alors que ce taux est de 77,8% pour l'ensemble du Québec, ce qui lui procure le douzième rang à l'échelle provinciale. Sur les cinq sous-dimensions qui composent cette fonction, la région de Lanaudière n'a des résultats favorables que pour une seule d'entre elles, à savoir la stabilité du personnel. À cet égard, notons que la région présente le deuxième meilleur taux au Québec pour l'indicateur du départ des effectifs en emploi en début d'année. En effet, en 2007-2008, ce taux était de 8,0% dans Lanaudière, alors qu'il atteignait 9,9% pour le Québec dans son ensemble. Cependant, à l'égard du statut d'emploi, les résultats de Lanaudière sont défavorables (quatorzième rang), puisque cette région avait des proportions relativement faibles de ses employés occupant des postes réguliers et des postes à temps complet réguliers en 2007-2008.

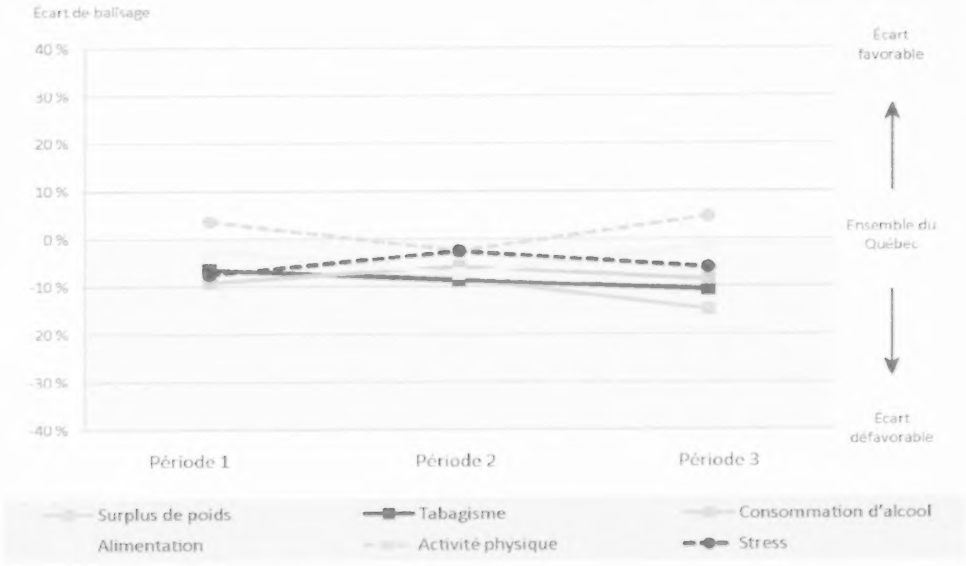


En ce qui concerne l'atteinte des buts, la région de Lanaudière se situe tout juste en deçà du résultat québécois avec une proportion d'atteinte des balises de 78,8% contre 78,9%. En fait, pour sept des huit sous-dimensions composant cette fonction, la région de Lanaudière obtient des résultats légèrement défavorables par rapport à la proportion québécoise d'atteinte des balises. Cette tendance n'est interrompue que par les résultats en matière d'équité, qui placent la région au troisième rang à l'échelle provinciale avec un taux d'atteinte des balises de 78,9% pour l'ensemble des indicateurs composant cette sous-dimension contre un résultat de 61,4% au Québec. Soulignons, par exemple, que c'est dans la région de Lanaudière que nous trouvons le plus faible écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans (données moyennes de 2000-2004). Enfin, notons que la région de Lanaudière se situe au treizième rang sur les quinze pour la proportion de la population très ou assez satisfaite des soins hospitaliers fournis en 2006-2007 avec un taux de 85,9%, alors que le résultat québécois est de 89,7%.

MALADIES CHRONIQUES



En ce qui a trait aux maladies chroniques, les résultats de la région de Lanaudière varient grandement selon le type de maladie. Pour ce qui est du cancer, la région obtient le résultat le plus défavorable sur le plan québécois avec une proportion d'atteinte des balises de 77,9 % contre 83,5 % pour le Québec dans son ensemble (tableau R6). Ainsi, pour toutes les catégories de cancers répertoriés, Lanaudière a des taux d'incidence plus élevés que le résultat moyen obtenu au Québec. Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, les résultats de Lanaudière sont passablement plus encourageants, puisque la région obtient le septième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale avec un taux d'atteinte des balises chiffré à 79,2 % contre 77,9 % pour le Québec. Dans cette catégorie, la région se démarque, tout particulièrement, en ce qui concerne les interventions chirurgicales en se classant deuxième parmi les quinze régions comparées pour le résultat combiné des taux d'interventions coronariennes percutanées, de pontages aortocoronariens et de revascularisations cardiaques. Par ailleurs, pour les maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, la région de Lanaudière se classe au cinquième rang à l'échelle provinciale en raison des résultats légèrement plus favorables que ceux du Québec pour la proportion de la population souffrant d'arthrite de même que pour la proportion de gens ayant une limitation d'activité. Cependant, pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la région présente le résultat le moins favorable parmi les régions en périphérie des régions universitaires et le treizième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. À titre illustratif, mentionnons que c'est dans Lanaudière que se trouve le plus fort taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie avec 21,4 décès pour 100 000 habitants, alors que le taux québécois est de 12,1 décès (données moyennes de 2002-2006).



Par ailleurs, malgré des résultats fort enviables relativement au diabète et en dépit de la meilleure performance à l'échelle provinciale pour cette maladie, la région de Lanaudière se situe très défavorablement en occupant le dernier rang au Québec pour les habitudes de vie et les facteurs de risque. Pour le surplus de poids, Lanaudière se classe au dernier rang avec le plus grand nombre de personnes en surplus de poids et l'écart ne cesse de s'accroître avec l'ensemble du Québec. Également, la région se classe au treizième rang pour le tabagisme et le stress et elle obtient le résultat le moins favorable parmi les régions en périphérie des régions universitaires pour la consommation d'alcool. Enfin, il n'y a que dans la catégorie évaluant l'activité physique que Lanaudière a un résultat supérieur à la proportion québécoise d'atteinte des balises avec un taux de 84,8 % contre 80,2 % pour le Québec.

RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LAURENTIDES

Région 15

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

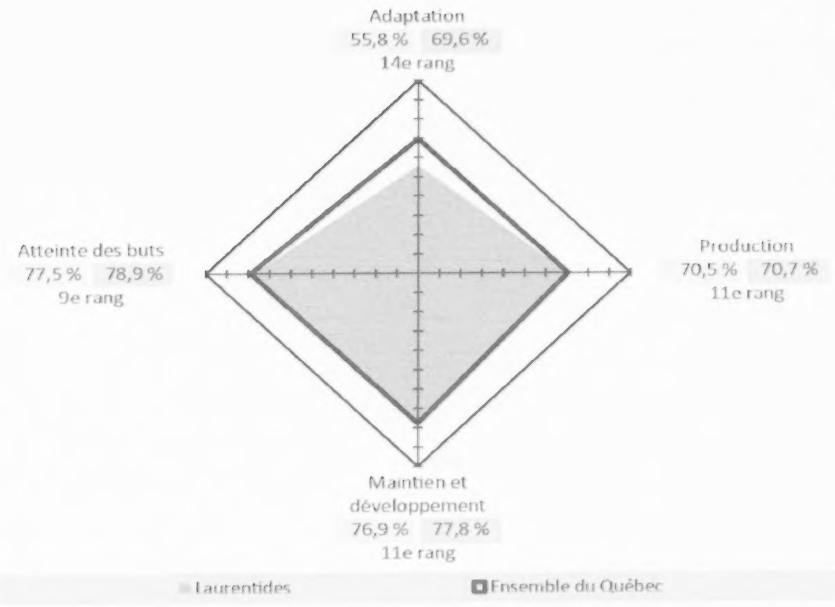
- Meilleur résultat pour l'accessibilité des services préventifs
- Troisième meilleur résultat pour la formation
- Problèmes de statut d'emploi et de stabilité du personnel
- Plus long temps d'attente au Québec pour une chirurgie de la cataracte
- Résultat portant au questionnement en ce qui a trait à l'équité

MALADIES CHRONIQUES

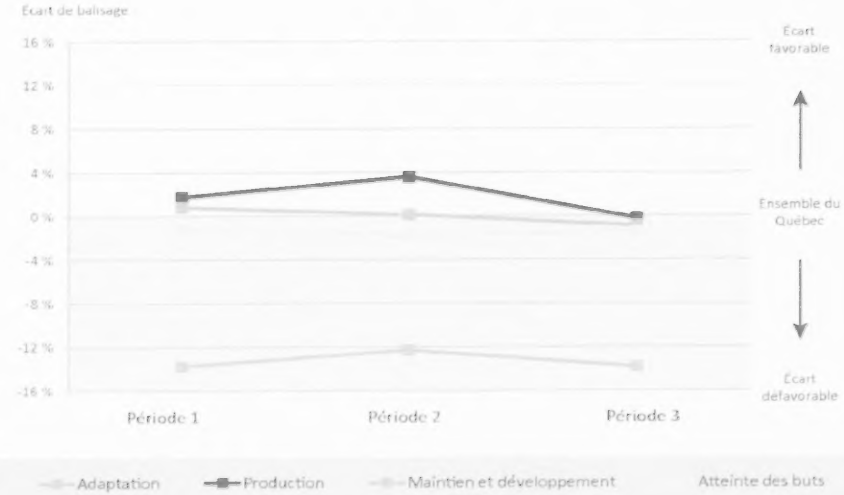
- Deuxième meilleur résultat au Québec pour les années potentielles de vie perdues par cancer de la prostate
- Résultat relativement favorable pour l'activité physique (cinquième rang)
- Taux de mortalité le plus élevé au Québec par cancer du sein
- Forte augmentation de la proportion de personnes présentant de l'hypertension
- Perception très élevée du degré de stress

Population (2010)	552 349 hab.
0-17 ans	20,8 %
18-64 ans	65,4 %
65 ans et plus	13,9 %
Superficie (terre ferme)	20 563 km²
Densité de la population	26,9 hab./km²
Taux de chômage (2009)	7,8 %
Revenu disponible (2007)	33 053 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	47,5 %
Hospitalisations (2007-2008)	48 308
Nombre de CSSS (2010)	7
Population moyenne/CSSS	78 907 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	8 530

APERÇU GLOBAL

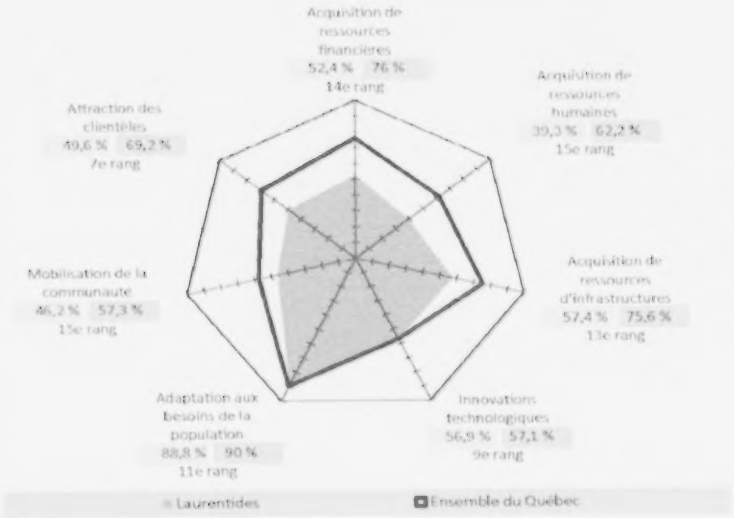


Pour l'ensemble des fonctions de notre modèle d'appréciation, la région des Laurentides présente une performance défavorable par rapport aux balises d'excellence québécoises. La région est particulièrement désavantagée sur le plan de sa capacité d'adaptation, mais cette constatation vaut également pour les autres régions en périphérie des régions universitaires. Pour ce qui est des fonctions de production ainsi que de maintien et développement, la région des Laurentides se classe au onzième rang à l'échelle provinciale en se situant légèrement en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises. Enfin, pour l'atteinte des buts, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 77,5 % contre un résultat de 78,9 % pour le Québec, ce qui lui vaut le neuvième rang sur le plan comparatif à l'échelle du Québec.



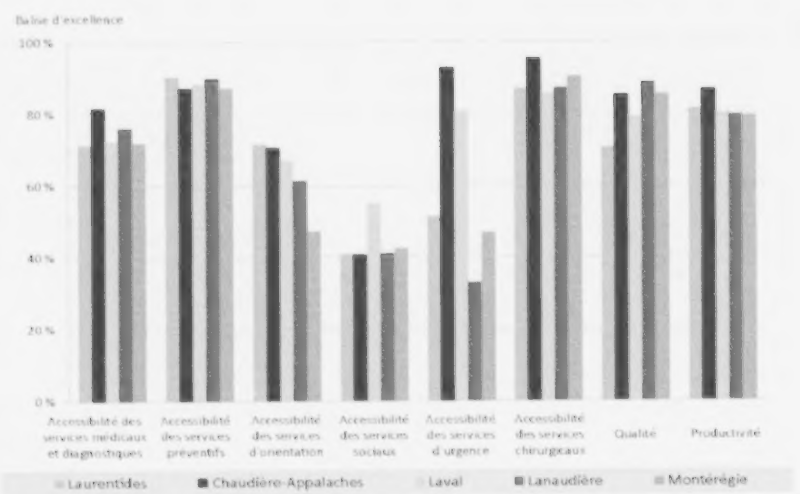
ADAPTATION

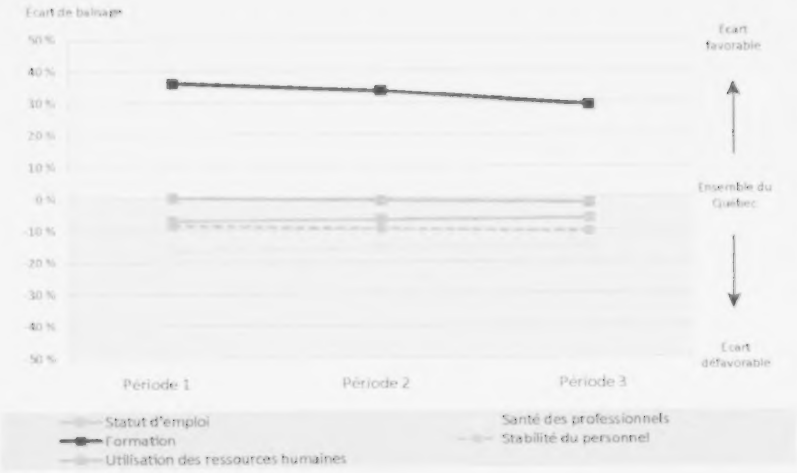
La région des Laurentides, qui a un écart négatif de 13,8 % par rapport à la proportion québécoise d'atteinte des balises, se classe à l'avant-dernier rang sur le plan provincial pour la fonction d'adaptation. Ce résultat est attribuable à une performance défavorable dans l'ensemble des sous-dimensions, que ce soit l'acquisition de ressources, les innovations technologiques, l'adaptation aux besoins de la population, la mobilisation de la communauté ou l'attraction de la clientèle. Notons que, pour l'acquisition de ressources humaines, la région des Laurentides obtient le dernier rang au Québec pour le taux de médecins spécialistes, le taux d'effectifs du réseau (cadres et employés) de même que pour le taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC). En ce qui concerne la mobilisation de la communauté, la région a aussi les résultats les plus défavorables de la province avec le plus faible taux de dépenses pour les organismes communautaires et la plus faible proportion de personnes qualifiant de plutôt fort ou très fort leur sentiment d'appartenance à la communauté locale. Enfin, lorsque nous considérons la variation temporelle des données, nous observons que l'aspect de la mobilisation de la communauté a subi une décroissance notable au cours des cinq à sept dernières années.



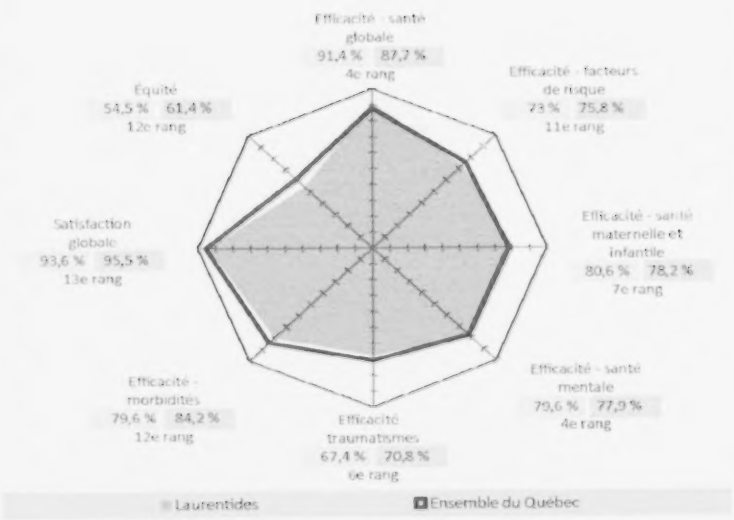
PRODUCTION

Avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 70,5 %, la région des Laurentides se classe tout juste en dessous du résultat à l'échelle du Québec, qui est de 70,7 %. Certains éléments positifs méritent d'être mentionnés, dont l'accessibilité des services préventifs, pour laquelle la région des Laurentides a le meilleur résultat sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. À titre d'exemple, soulignons que c'est dans cette région que nous trouvons la plus grande proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap en 2005, soit un taux de 78,3 %, alors que ce taux était de 68,5 % pour l'ensemble du Québec. Cependant, les éléments défavorables sont plus nombreux et méritent une attention particulière. Tout d'abord, sur le plan de l'accessibilité des services chirurgicaux, notons qu'en février 2009, ce sont près de 19,0 % des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte qui l'étaient depuis plus de six mois, ce qui constitue un écart majeur par rapport à la proportion à l'échelle québécoise, qui est de 1,1 % pour le même indicateur. Sur le plan de la qualité, la région des Laurentides obtient, avec le douzième rang à l'échelle provinciale, le résultat le plus défavorable parmi les régions en périphérie des régions universitaires. Enfin, même si la région se situe au qualorzième rang à l'échelle du Québec pour l'accessibilité des services sociaux avec une proportion d'atteinte des balises de 40,0 % contre 46,3 % pour le Québec, il faut noter que l'écart tend à se rétrécir et que la région des Laurentides présente le meilleur taux de croissance des indicateurs dans ce domaine au cours des années allant de 2006 à 2009.



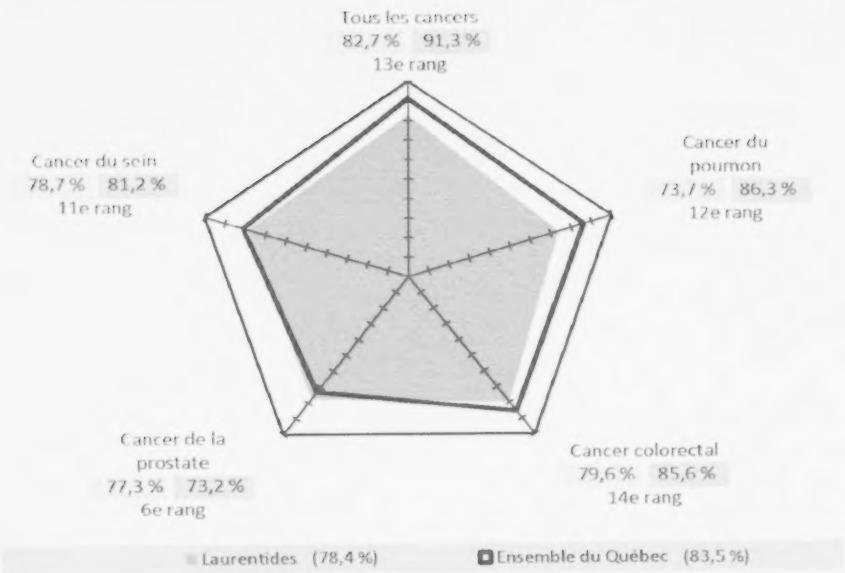


Pour le maintien et développement, les résultats de la région des Laurentides sont généralement défavorables, puisque la balise d'excellence n'est pas atteinte dans quatre des cinq sous-dimensions qui composent cette fonction. Le niveau global d'atteinte des balises pour cette fonction est de 76,9%, alors que le résultat pour le Québec est de 77,8%. Par ailleurs, la région obtient le résultat le plus défavorable sur le plan québécois pour le statut d'emploi ainsi que pour la stabilité du personnel, mais elle jouit d'une performance fort appréciable en ce qui concerne la formation (le troisième rang à l'échelle provinciale) en raison d'une proportion de 1,7% d'heures travaillées consacrées à la formation contre un taux de 1,2% dans l'ensemble du Québec.



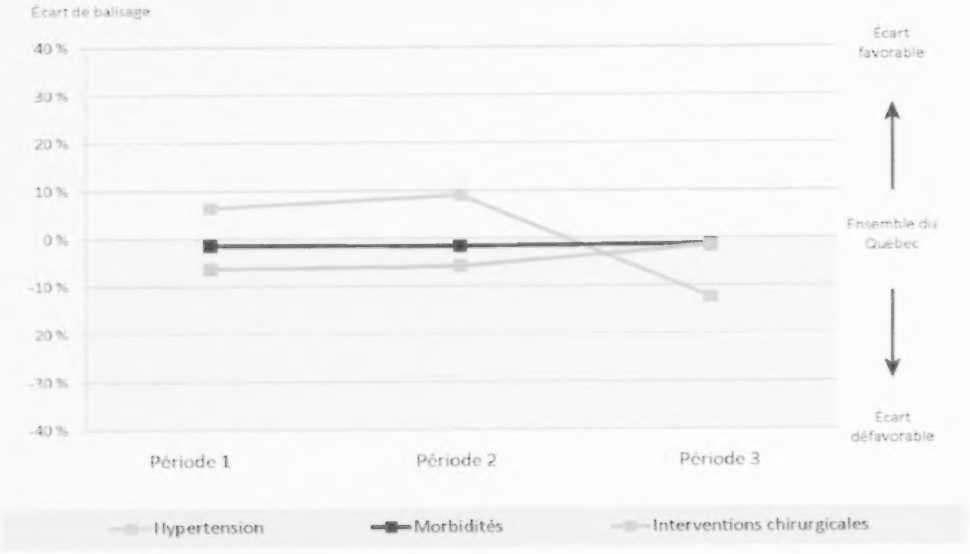
Pour ce qui est de l'atteinte des buts, la région des Laurentides se situe à 1,4% en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises, qui est de 78,9%. Cette proportion lui procure le neuvième rang parmi les quinze régions comparées, mais elle représente aussi le résultat le moins favorable parmi les cinq régions en périphérie des régions universitaires. Notons toutefois la bonne performance de la région des Laurentides (quatrième rang) pour l'efficacité en santé globale. À titre d'exemple, mentionnons que la région obtient le meilleur résultat de la province pour l'indicateur de perception de l'état de santé. En effet, ce sont 64,8% des habitants des Laurentides qui, en 2008, qualifiaient leur santé de très bonne ou excellente, alors que cette proportion était de 59,3% à l'échelle du Québec. Cependant, en ce qui a trait à la satisfaction globale à l'égard des soins fournis, la région se classe au treizième rang à l'échelle provinciale. Enfin, lorsque c'est le facteur d'équité qui est pris en considération, nous constatons que la région se situe au douzième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue le résultat le plus défavorable parmi les régions en périphérie des régions universitaires. En effet, les problèmes d'équité sont généralement plus présents dans les régions à grands centres urbains comme Montréal (onzième rang), la Capitale-Nationale (treizième rang), l'Estrie (quinzième rang) et l'Outaouais (quatorzième rang).

MALADIES CHRONIQUES

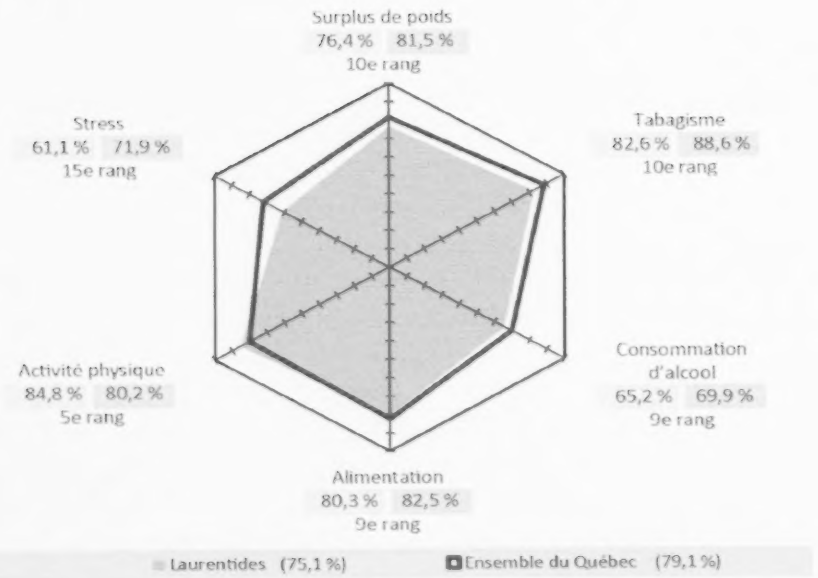


En ce qui concerne les maladies chroniques, la région des Laurentides se situe en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises pour la très grande majorité des indicateurs analysés. Pour ce qui est du cancer, la région des Laurentides a un taux d'atteinte des balises de 78,4 % contre 83,5 % pour le Québec, ce qui lui vaut l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale, juste devant Lanaudière (tableau R6). Ainsi, la région présente des résultats défavorables pour l'ensemble des catégories de cancer sauf le cancer de la prostate, pour lequel la région des Laurentides, malgré un taux de fréquence relativement élevé, a de très bons résultats pour les années potentielles de vie perdues à cause de cette maladie. Cependant, les données sur le cancer colorectal sont défavorables (quatorzième rang) et, pour le cancer du sein, c'est la région des Laurentides qui obtient le taux de mortalité le plus élevé au Québec avec 33,9 décès pour 100 000 femmes, tandis que le taux moyen au Québec est de 29,2.

Pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la région des Laurentides atteint les balises dans une proportion de 72,8 % contre 77,9 % pour le Québec, ce qui lui vaut le douzième rang à l'échelle provinciale et, de loin, le moins bon résultat parmi les régions en périphérie des régions universitaires. Cette performance défavorable est attribuable, au moins en partie, à la forte augmentation du taux d'hypertension observée dans cette région au cours de 2003 à 2008. En effet, durant cette période, le taux de la population souffrant d'hypertension (qui est, rappelons-le, autant une maladie en soi qu'un facteur de risque pour d'autres maladies de l'appareil circulatoire) est passé de 13,5 % à 18,9 %. Ainsi, la région des Laurentides est passée du deuxième rang à l'échelle provinciale pour la prévalence de l'hypertension en 2003 au douzième rang en 2008, ce qui constitue un recul notable. Par ailleurs, pour les maladies chroniques de l'appareil respir *oire, la région des Laurentides se situe légèrement en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises et obtient le neuvième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Inversement, en ce qui a trait aux maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, la région se situe tout juste au-dessus du taux québécois d'atteinte des balises : elle se classe ainsi au huitième rang parmi les quinze régions comparées. Par ailleurs, avec un taux de prévalence du diabète de 6,6 %, la région des Laurentides obtient le douzième rang au Québec, tandis que le taux moyen de la province est de 6,0 %.



Finalement, lorsque nous tenons compte des habitudes de vie et des facteurs de risque, nous constatons que la région des Laurentides atteint les balises d'excellence dans une proportion de 75,1 %, alors que ce taux est de 79,1 % pour le Québec dans son ensemble. Ce résultat place la région au treizième rang à l'échelle provinciale. Notons qu'il n'y a que pour l'activité physique que la région des Laurentides dépasse la moyenne québécoise d'atteinte des balises avec 84,8 % contre 80,2 %, ce qui lui procure le cinquième rang au Québec pour cette catégorie, qui mesure le taux d'inactivité physique. Pour ce qui est du stress, la région des Laurentides se classe au dernier rang au Québec avec une proportion de 30,6 % de la population percevant ses journées assez ou extrêmement stressantes, tandis que le résultat moyen québécois n'est que de 26,0 %.



RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

MONTÉRÉGIE

Région 16

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

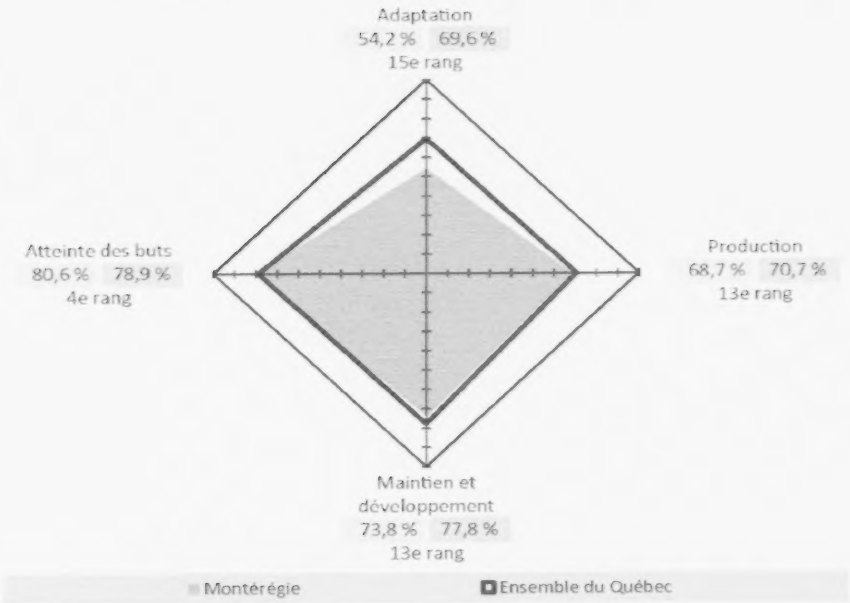
- Bonnes accessibilité des services chirurgicaux et qualité des soins
- Très bon résultat en santé mentale et bonne efficacité en santé maternelle et infantile
- Résultats très défavorables pour l'ensemble de la fonction d'adaptation
- Plus faible taux à l'échelle du Québec pour les dépenses nettes en santé par habitant
- Problème d'accessibilité aux services d'orientation
- Faible taux de formation

MALADIES CHRONIQUES

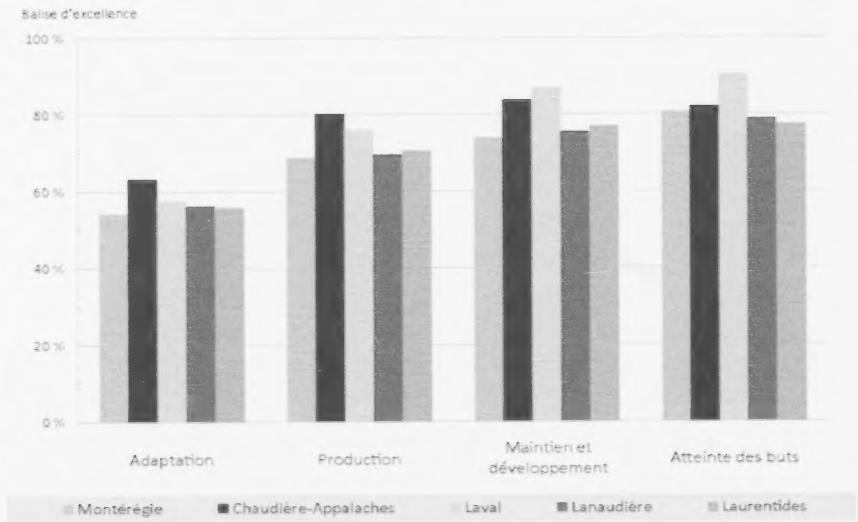
- Bonne performance en santé de l'appareil circulatoire
- Deuxième meilleur résultat au Québec pour la proportion de personnes présentant de l'hypertension
- Taux important d'inactivité physique
- Cancer colorectal à surveiller

Population (2010)	1 444 047 hab.
0-17 ans	20,6 %
18-64 ans	65,0 %
65 ans et plus	14,4 %
Superficie (terre ferme)	11 158 km²
Densité de la population	129,4 hab./km²
Taux de chômage (2009)	7,6 %
Revenu disponible (2007)	33 925 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	43,1 %
Hospitalisations (2007-2008)	125 000
Nombre de CSSS (2010)	11
Population moyenne/CSSS	131 277 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	22 487

APERÇU GLOBAL

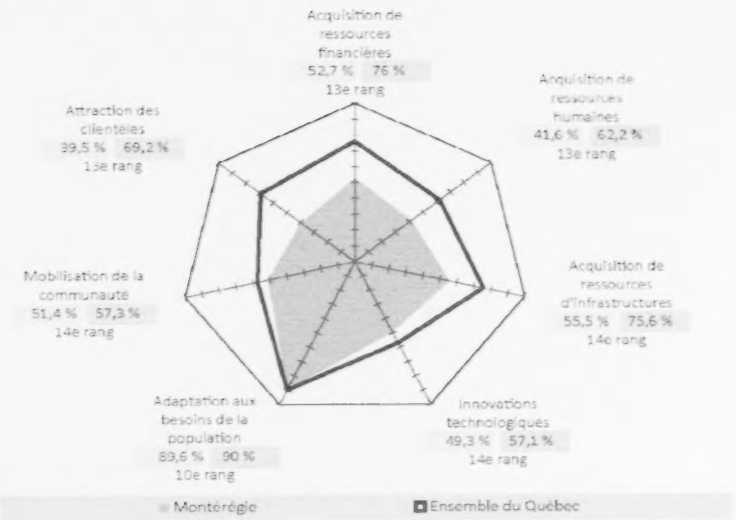


La région de la Montérégie obtient des résultats désavantageux dans trois des quatre fonctions du cadre d'analyse retenu par le Commissaire. En effet, sur le plan de l'adaptation, la région obtient le résultat le moins favorable à l'échelle provinciale, puisqu'elle n'atteint les balises d'excellence que dans une proportion de 54,2% contre un taux de 69,6% pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, la Montérégie se classe au treizième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale pour la production de même que pour le maintien et développement. Enfin, pour l'atteinte des buts, la région a une performance appréciable en raison, notamment, de bons résultats dans plusieurs catégories mesurant l'efficacité, dont l'efficacité en santé maternelle et infantile, mais surtout en santé mentale.



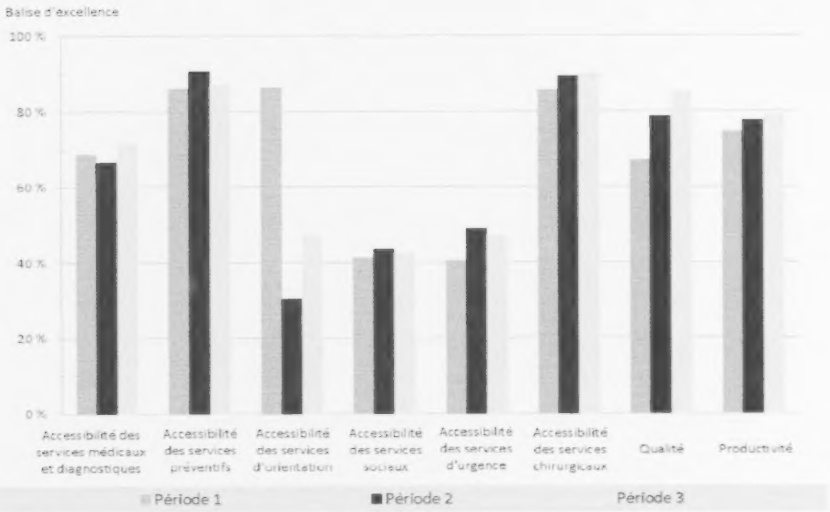
ADAPTATION

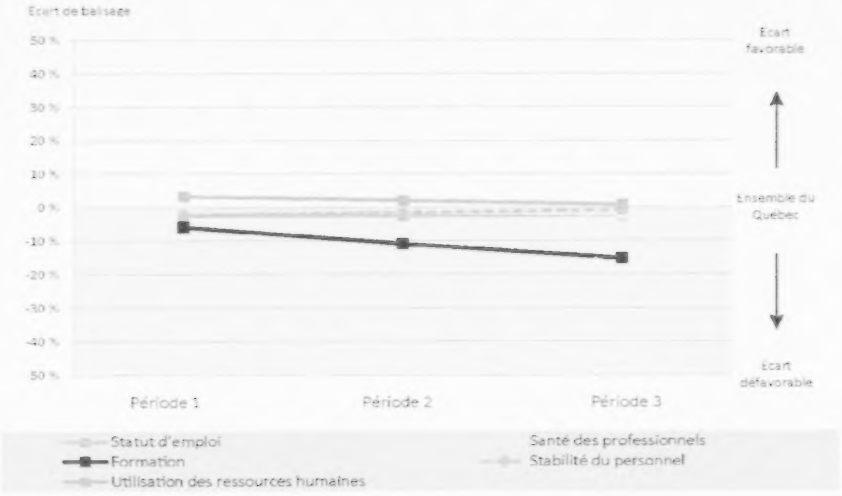
Sur le plan de la capacité d'adaptation, la Montérégie a les résultats combinés les plus défavorables de la province. Cependant, il convient de rappeler que, pour cette fonction, l'ensemble des régions en périphérie des régions universitaires présente une performance bien en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises. Notons tout de même les résultats particulièrement défavorables de la Montérégie en ce qui concerne les innovations technologiques. En effet, avec une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 49,3 %, la région se classe au quatorzième rang à l'échelle provinciale, juste devant l'Outaouais. Pour ce qui est de l'acquisition de ressources financières, soulignons que c'est en Montérégie que s'observe le plus faible taux au Québec au chapitre des dépenses nettes en santé avec 1 384,00 $ par habitant en 2007-2008, alors que cette somme était de 2 130,00 $ à l'échelle québécoise.



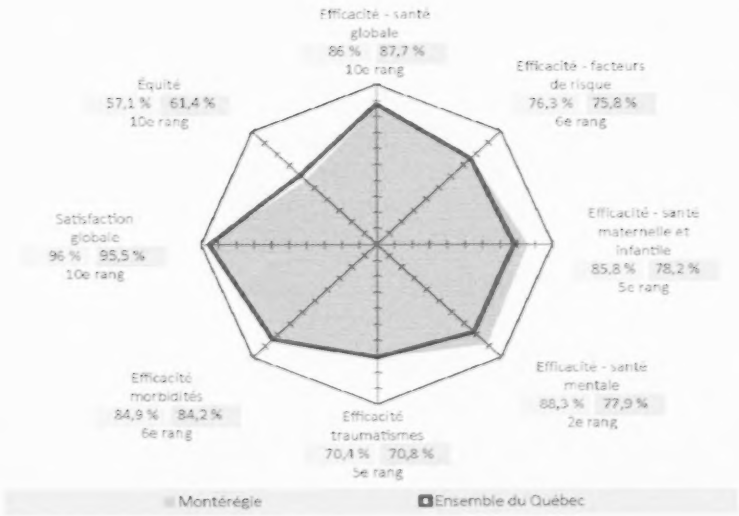
PRODUCTION

Avec une proportion d'atteinte des balises de 68,7 %, soit 2 % de moins que le résultat du Québec, la Montérégie se situe au treizième rang à l'échelle provinciale pour la fonction de production. La région a toutefois des résultats favorables dans quelques sous-dimensions, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité des services chirurgicaux (septième rang) de même qu'à la qualité (troisième rang). Soulignons, par exemple, que les proportions de personnes en attente d'une chirurgie (que ce soit de la hanche, du genou ou de la cataracte) sont passablement plus basses pour la Montérégie que pour le Québec dans son ensemble. Ainsi, alors qu'au Québec, le pourcentage de personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de six mois est de 2,6 %, ce taux n'est que de 0,6 % en Montérégie. Par ailleurs, lorsque c'est l'évolution des données au cours des dernières années qui est prise en considération, nous constatons que la Montérégie a connu la plus forte progression au Québec dans le domaine des services chirurgicaux. Cependant, en ce qui concerne l'accessibilité des services d'orientation, qui se mesure essentiellement par les délais moyens d'attente pour les appels auxquels a répondu Info-santé, la Montérégie se classe avant-dernière au Québec.



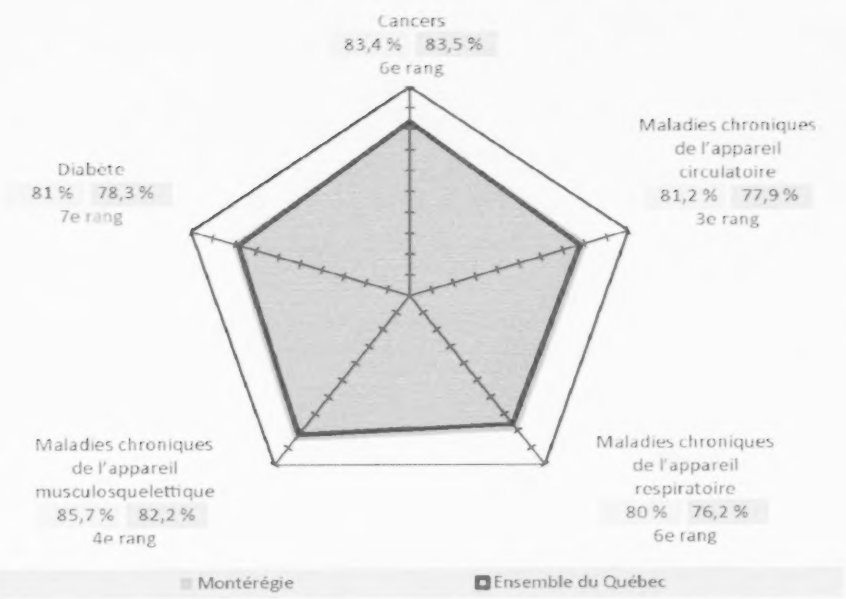


Dans l'ensemble, la Montérégie obtient des résultats défavorables pour la fonction de maintien et développement. En effet, elle n'atteint les balises d'excellence que dans une proportion de 73,8 %, alors que ce taux est de 77,8 % pour le Québec. Sur le plan de la formation, la Montérégie se classe avant-dernière parmi les quinze régions comparées et sa situation à cet égard, si nous considérons l'évolution temporelle des données, ne semble pas en voie d'amélioration. Ainsi, alors que la proportion d'heures travaillées consacrées à la formation est restée stable à environ 1,2 % pour l'ensemble du Québec, de 2005-2006 à 2007-2008, elle est passée en Montérégie de 1,1 % (douzième rang) à 0,9 % (quatorzième rang) pendant la même période. Enfin, la grande majorité des autres indicateurs de cette fonction révèle des résultats semblables, généralement inférieurs aux résultats du Québec.



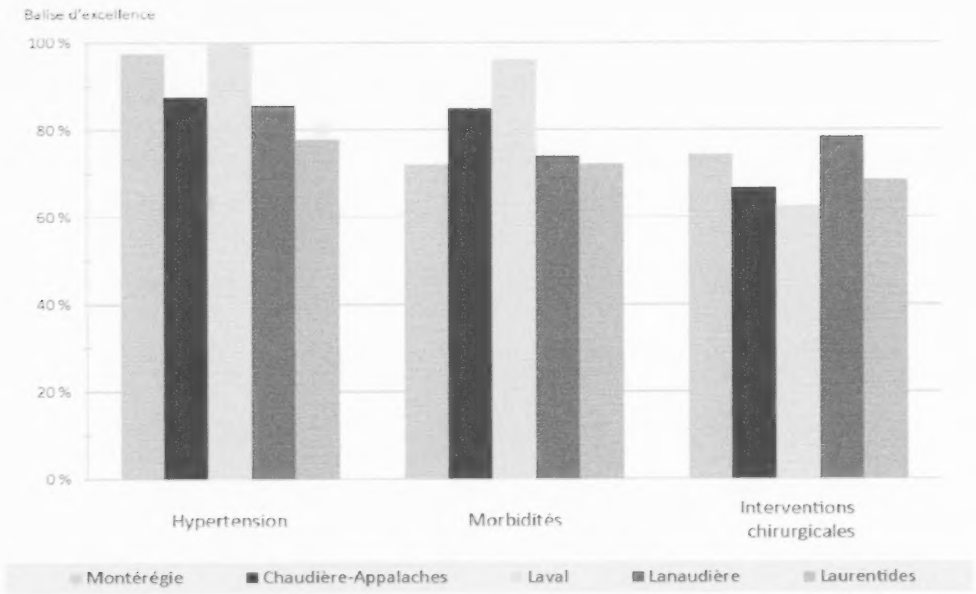
En ce qui concerne l'atteinte des buts, la Montérégie atteint les balises d'excellence dans une proportion de 80,6 %, soit 1,7 % de plus que celle de l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le quatrième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Au chapitre de l'efficacité en santé maternelle et infantile, la Montérégie se classe cinquième au Québec en raison d'un taux d'atteinte des balises de 85,8 % contre 78,2 % pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, à l'intérieur de son groupe de comparaison, composé des cinq régions en périphérie des régions universitaires, la Montérégie obtient le deuxième meilleur résultat en santé maternelle et infantile ; elle se situe juste derrière la région de la Chaudière-Appalaches, qui a d'ailleurs le meilleur résultat dans ce domaine parmi l'ensemble des quinze régions comparées. De plus, avec une proportion d'atteinte des balises de 88,3 % contre 77,9 % pour l'ensemble du Québec, la Montérégie se classe au deuxième rang à l'échelle provinciale pour l'efficacité en santé mentale. Enfin, mentionnons que, sur le plan de l'équité, la Montérégie atteint les balises d'excellence dans une proportion de 57,1 % contre 61,4 % pour l'ensemble du Québec, ce qui la place au dixième rang dans ce domaine.

MALADIES CHRONIQUES



En ce qui concerne l'évaluation relative aux maladies chroniques, la Montérégie présente une situation assez favorable, autant à l'échelle provinciale qu'à l'intérieur du groupe des régions en périphérie des régions universitaires. Par rapport aux données sur le cancer, les résultats de la Montérégie varient assez peu, que ce soit en augmentant ou en diminuant, par rapport à la proportion québécoise d'atteinte des balises (tableau R6). Ainsi, le taux global d'atteinte des balises pour le cancer est de 83,4 % pour la Montérégie, une différence minime par rapport au résultat québécois de 83,5 %, ce qui place la région au sixième rang à l'échelle provinciale. La différence la plus notable se situe au chapitre des données sur le cancer colorectal, pour lequel la Montérégie se classe douzième. Pour les maladies chroniques des appareils respiratoire et musculosquelettique, la Montérégie, sans se démarquer, obtient des résultats supérieurs aux taux québécois d'atteinte des balises et elle se classe, respectivement, au sixième et au quatrième rang pour ces maladies. Ce constat est aussi valable pour le diabète (septième rang), pour lequel la Montérégie a un taux de prévalence légèrement plus favorable que celui de l'ensemble du Québec avec 5,8 % contre 6,0 % en 2008.

En ce qui a trait aux maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la Montérégie atteint les balises d'excellence dans une proportion de 81,2%, alors que le taux moyen au Québec pour ces maladies est de 77,9%. D'ailleurs, cette proportion place la Montérégie au troisième rang à l'échelle provinciale et au deuxième rang dans le groupe des régions en périphérie des régions universitaires, juste derrière Laval. De manière plus concrète, soulignons que la Montérégie a le deuxième plus bas taux d'hypertension au Québec avec 15,1% de sa population souffrant de cette maladie en 2008 contre 16,3% dans l'ensemble du Québec. De plus, parmi les régions du Québec qui ont connu une augmentation de leur taux d'hypertension de 2003 à 2008 (toutes sauf Laval), la Montérégie est celle qui a connu la hausse la plus faible en passant de 14,8% à 15,1% pendant cette période. Par ailleurs, notons qu'il se fait relativement plus d'interventions chirurgicales dans le domaine cardiovasculaire en Montérégie que dans l'ensemble du Québec en moyenne. Cela est particulièrement vrai pour les pontages aortocoronariens, dont la performance se situe à un taux de 99,3 pour 100 000 habitants contre 81,9 dans l'ensemble du Québec en 2005-2006.



Enfin, relativement aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, la Montérégie se classe favorablement par rapport au Québec dans l'ensemble des catégories sauf l'activité physique. Pour cette dernière, la Montérégie se situe au quatorzième rang à l'échelle provinciale. Concrètement, soulignons que 56,8% de sa population est inactive durant ses loisirs contre 52,4% pour l'ensemble du Québec. De plus, la Montérégie a le deuxième meilleur taux de tabagisme, juste derrière celui de la Capitale-Nationale, puisque seulement 21,3% de sa population fumait en 2008 contre 23,3% pour l'ensemble du Québec.

RÉGION INTERMÉDIAIRE

BAS-SAINT-LAURENT

Région 01

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

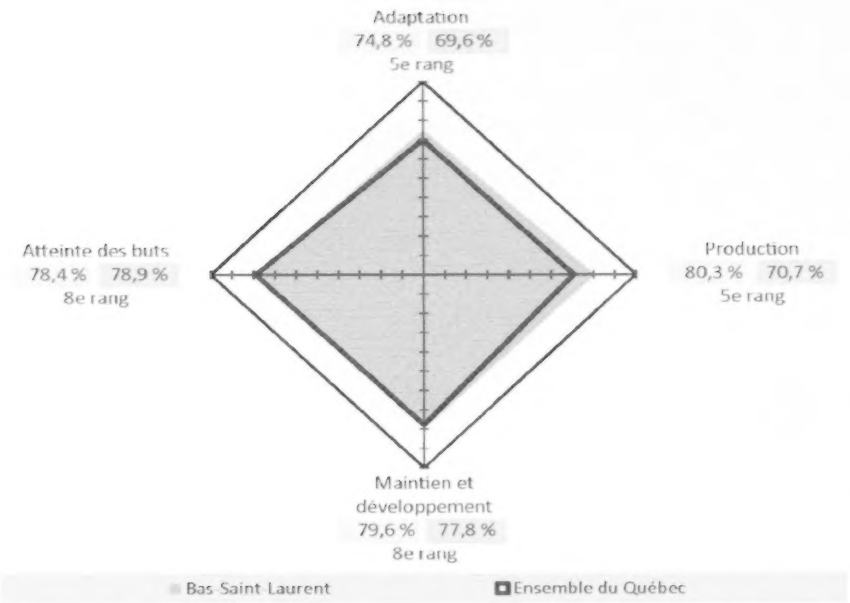
- Meilleur résultat en adaptation parmi les régions intermédiaires
- Très bonne utilisation des ressources humaines
- Problème d'accessibilité des services préventifs
- Recul des services d'urgence

MALADIES CHRONIQUES

- Résultats favorables pour le tabagisme, la consommation d'alcool et le stress
- Résultats défavorables pour les cancers de la prostate et du sein
- Important recul des données sur le cancer
- Taux d'arthrite le plus élevé au Québec

Population (2010)	201 276 hab.
0-17 ans	17,3 %
18-64 ans	63,9 %
65 ans et plus	18,8 %
Superficie (terre ferme)	22 185 km²
Densité de la population	9,1 hab./km²
Taux de chômage (2009)	9,2 %
Revenu disponible (2007)	27 118 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	65,5 %
Hospitalisations (2007-2008)	21 616
Nombre de CSSS (2010)	8
Population moyenne/CSSS	25 160 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	5 829

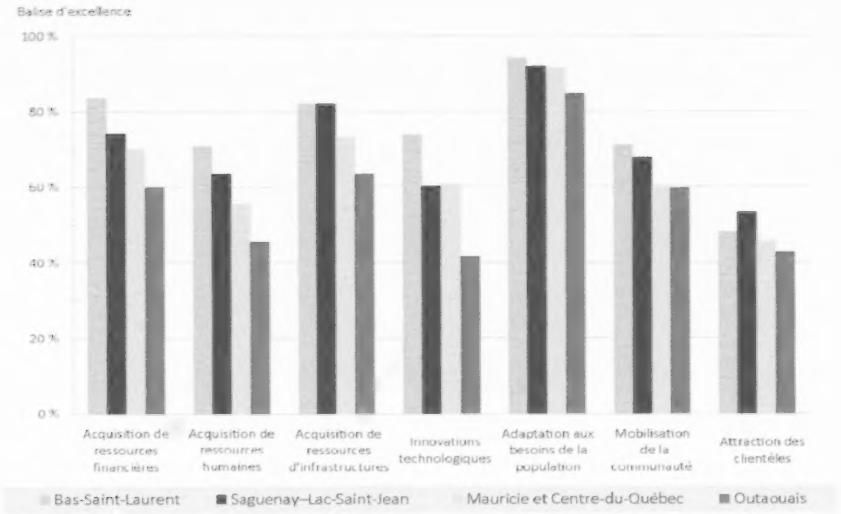
APERÇU GLOBAL



La région du Bas-Saint-Laurent dépasse la proportion québécoise d'atteinte des balises pour chacune des fonctions de notre cadre d'analyse sauf pour la fonction d'atteinte des buts, pour laquelle elle se situe tout près de la moyenne provinciale avec un taux de 78,4% contre 78,9% pour le Québec dans son ensemble. En ce qui a trait à l'adaptation, le Bas-Saint-Laurent obtient le cinquième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale, ce qui constitue la meilleure performance parmi le groupe des quatre régions dites intermédiaires, lequel inclut également le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais. En ce qui concerne la fonction de production, la région du Bas-Saint-Laurent obtient aussi un résultat avantageux avec une proportion d'atteinte des balises de 80,3% (cinquième rang), alors que le Québec obtient un résultat de 70,7%. Enfin, pour le maintien et développement, la région se classe au huitième rang et dépasse légèrement le niveau québécois d'atteinte des balises.

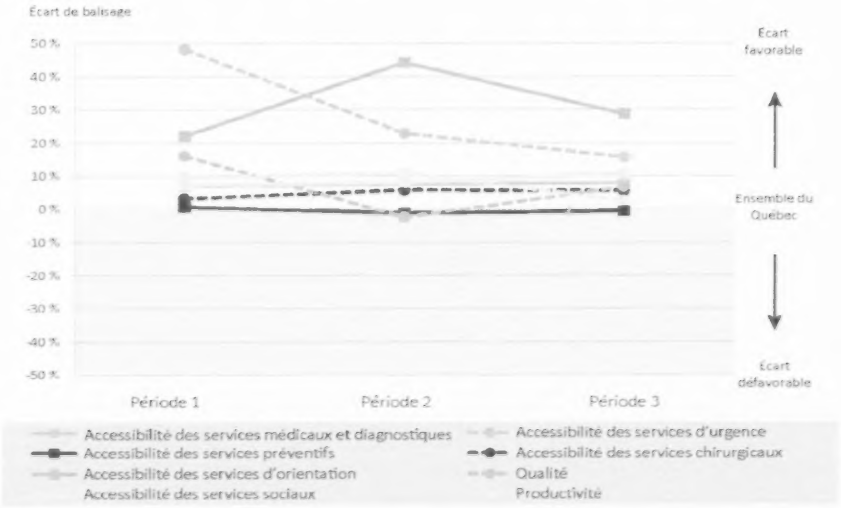
ADAPTATION

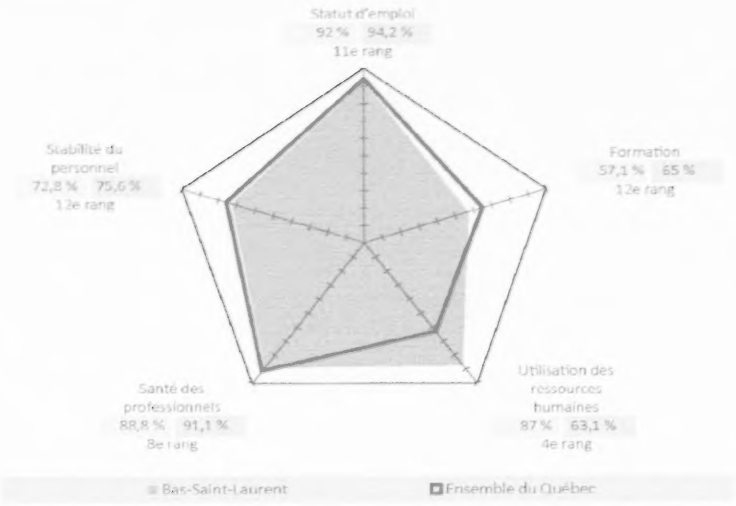
Avec une proportion d'atteinte des balises de 74,8%, soit 5,2% de plus que le résultat d'ensemble du Québec, la région du Bas-Saint-Laurent obtient le cinquième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale pour la fonction d'adaptation. Ce résultat, le plus avantageux parmi les régions intermédiaires, est attribuable, notamment, à la bonne performance du Bas-Saint-Laurent dans les sous-dimensions d'acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures. Par ailleurs, sur le plan des innovations technologiques, la région se classe au troisième rang parmi les quinze régions comparées en raison d'une proportion d'atteinte des balises de 73,8%, soit 16,8% de plus que le taux du Québec. De plus, pour l'adaptation aux besoins de la population et pour la mobilisation de la communauté, la région se classe respectivement au cinquième et au quatrième rang, ce qui constitue, dans les deux cas, la meilleure performance parmi les quatre régions intermédiaires.



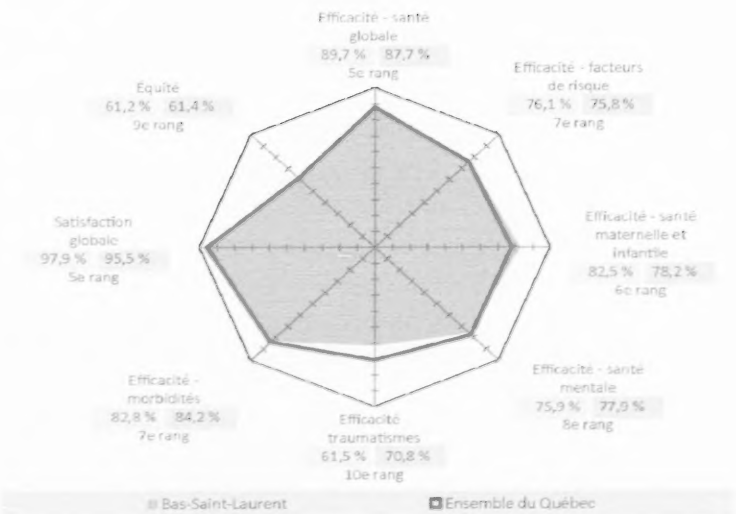
PRODUCTION

En raison d'une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 80,3% contre un taux de 70,7% pour le Québec, la région du Bas-Saint-Laurent se situe au cinquième rang à l'échelle provinciale pour la fonction de production. La région obtient des résultats favorables en ce qui concerne la qualité de même que la productivité. Par ailleurs, il n'y a que pour l'accessibilité des services préventifs que la région obtient un résultat défavorable par rapport à l'ensemble du Québec pour la proportion d'atteinte des balises : elle se situe au treizième rang dans ce domaine. Dans l'ensemble, la région obtient des résultats avantageux pour l'accessibilité des services, que ce soit pour les services médicaux et diagnostiques, chirurgicaux, d'orientation ou d'urgence. Dans cette dernière catégorie de services, il convient toutefois de mentionner que la variation temporelle des données révèle que la région du Bas-Saint-Laurent, tout en maintenant des résultats bruts avantageux par rapport à ceux du Québec pour la durée des séjours moyens sur civière à l'urgence et pour la proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, a connu une détérioration de ses résultats relativement plus importante que celle de chacune des autres régions québécoises de 2006 à 2009. Autrement dit, l'écart favorable que le Bas-Saint-Laurent avait avec le reste du Québec en ce qui concerne l'accessibilité des services d'urgence tend à se résorber durant cette période.



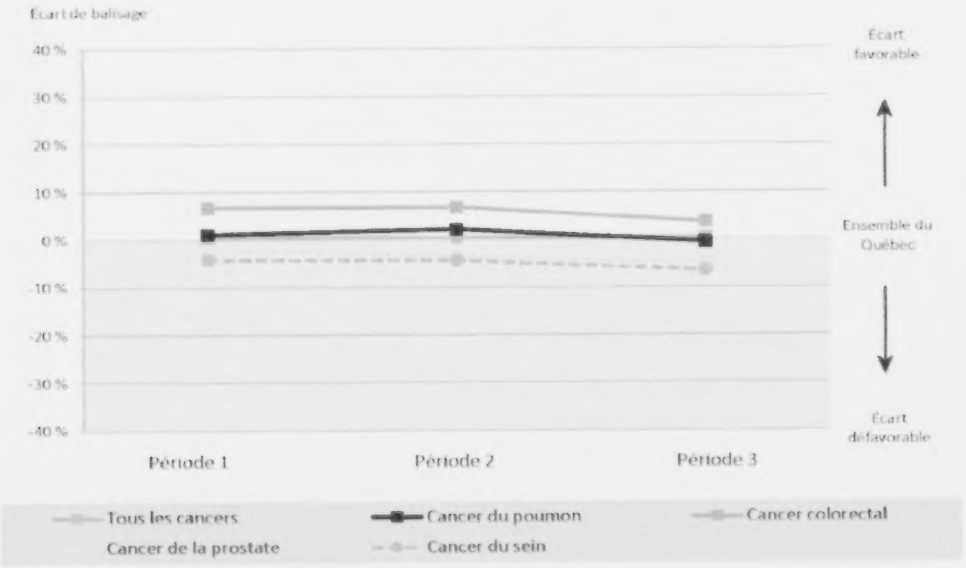


Pour le maintien et développement, la région du Bas-Saint-Laurent se classe au huitième rang et dépasse légèrement le résultat québécois d'atteinte des balises, surtout grâce à sa bonne performance au chapitre de l'utilisation des ressources humaines. En effet, avec une proportion d'atteinte des balises de 87,0 % contre un résultat à l'échelle québécoise de 63,1 %, le Bas-Saint-Laurent se classe au quatrième rang à l'échelle provinciale dans ce domaine. À titre d'exemple, notons que la région a une proportion de 3,8 % d'heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, alors que le taux du Québec pour cet indicateur est de 6,6 %. Cependant, en ce qui concerne le statut d'emploi, la formation, la santé des professionnels et la stabilité du personnel, la région du Bas-Saint-Laurent se situe légèrement en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises.



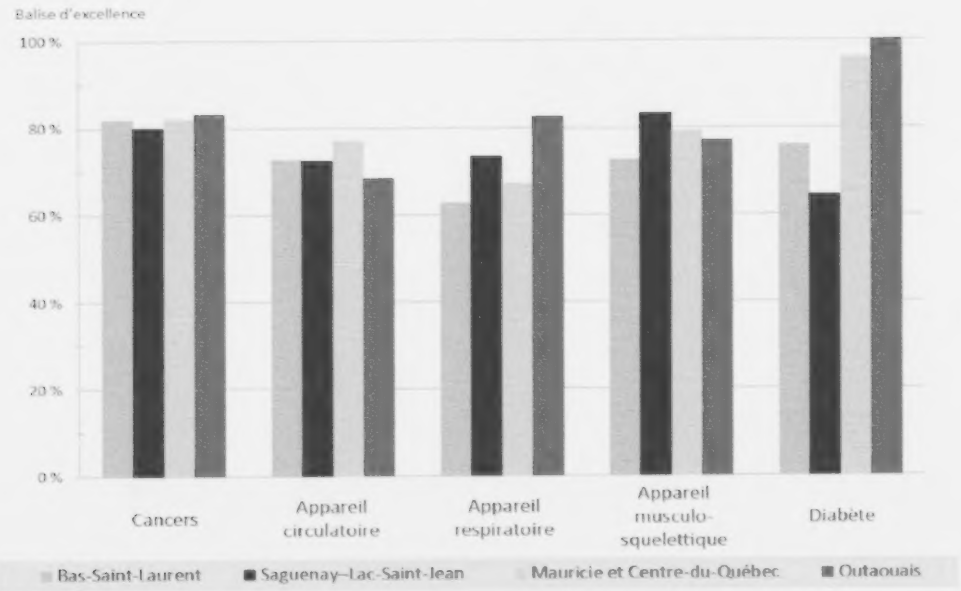
Pour l'atteinte des buts, la région du Bas-Saint-Laurent se situe légèrement en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises avec un taux de 78,4 %, soit 0,5 % de moins que celui de l'ensemble du Québec. Par rapport au Québec, la région a des résultats avantageux pour l'efficacité en santé globale (cinquième rang), pour l'efficacité relative aux facteurs de risque (septième rang) de même que pour l'efficacité en santé maternelle et infantile (sixième rang). Toutefois, dans cette dernière catégorie, il convient de faire ressortir l'écart important entre les résultats des divers indicateurs. Ainsi, la région se classe très favorablement au deuxième rang à l'échelle québécoise pour le taux de grossesses chez les adolescentes avec une proportion de 8,5 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans (données moyennes de 1999-2003), alors que ce chiffre est de 18,2 pour le Québec dans son ensemble. Le Bas-Saint-Laurent est toutefois désavantagé lorsque sont pris en considération les taux de mortalité infantile et de mortalité néonatale, pour lesquels il obtient respectivement le douzième et le quatorzième rang parmi les quinze régions comparées. Par ailleurs, en ce qui a trait à la santé mentale, aux traumatismes et aux morbidités, le Bas-Saint-Laurent se situe légèrement en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises, tout en faisant généralement bonne figure parmi les autres régions intermédiaires dans ces domaines.

MALADIES CHRONIQUES



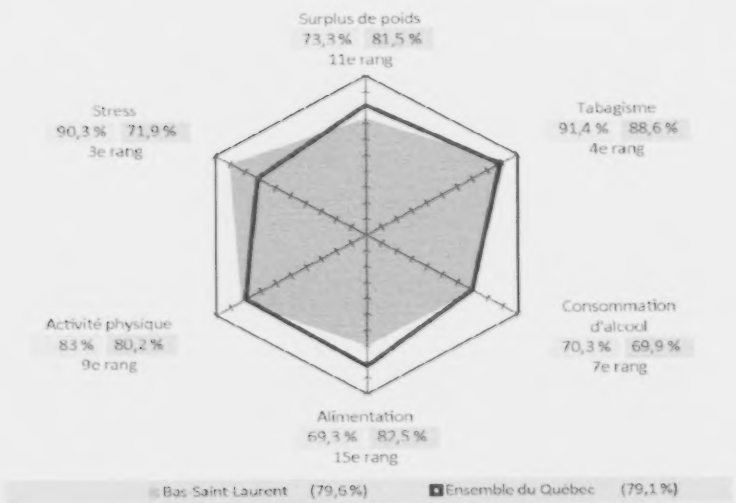
En ce qui concerne les données sur les maladies chroniques, la région du Bas-Saint-Laurent présente des résultats généralement défavorables, même si la comparaison se limite aux seules régions intermédiaires. Par ailleurs, dans l'ensemble, la situation de cette région tend à se détériorer plus rapidement que celle des autres régions du Québec selon la variation temporelle des données. Tout d'abord, en ce qui a trait au cancer, le Bas-Saint-Laurent se classe au dixième rang et il a une proportion d'atteinte des balises de 81,9 %, soit 1,6 % de moins que le résultat moyen du Québec (tableau R6). Pour la plupart des cancers, la région obtient des résultats assez semblables à ceux de l'ensemble du Québec. Cependant, en ce qui concerne les cancers de la prostate et du sein, les données sont passablement plus défavorables pour la région du Bas-Saint-Laurent, qui se classe au treizième et au quatorzième rang, respectivement, pour sa performance à l'égard de ces maladies. De plus, lorsque nous tenons compte des variations temporelles de balisage dans les années allant de 2000 à 2006, nous constatons que, durant cette période, la région du Bas-Saint-Laurent, avec un recul de 4,0 % pour l'ensemble des données sur le cancer (pendant que l'ensemble du Québec ne perd que 2,1 %), subit la plus forte détérioration de ses résultats.

En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, le Bas-Saint-Laurent atteint les balises dans une proportion de 72,7 % contre 77,9 % pour le Québec, ce qui vaut à la région le treizième rang à l'échelle provinciale dans cette catégorie. Mentionnons, par ailleurs, que la proportion de la population du Bas-Saint-Laurent souffrant d'hypertension en 2008 était de 20,3 % (treizième rang), alors qu'elle était de 16,3 % au Québec dans son ensemble.



Par ailleurs, la région obtient des résultats très défavorables, autant à l'échelle provinciale qu'à l'intérieur du groupe des régions intermédiaires, pour les maladies chroniques des appareils respiratoire (quatorzième rang) et musculosquelettique (quinzième rang). Mentionnons, à titre illustratif, que c'est le Bas-Saint-Laurent qui obtient le taux d'arthrite le plus élevé au Québec avec 15,0 % de sa population qui en souffrait en 2008, alors que le taux du Québec était de 11,2 %. Par ailleurs, la région a un taux légèrement plus élevé que celui du Québec pour la prévalence du diabète en 2008, soit 6,2 % contre 6,0 % pour l'ensemble du Québec.

Enfin, le Bas-Saint-Laurent a des résultats plutôt variables en ce qui concerne les habitudes de vie et les facteurs de risque. En effet, la région présente certains problèmes relatifs à l'indicateur de surplus de poids (onzième rang) de même qu'à celui de la qualité de l'alimentation (dernier rang). Relativement à cette dernière catégorie, mentionnons que ce sont seulement 44,7 % des habitants du Bas-Saint-Laurent qui consomment plus de cinq portions de fruits et légumes par jour, alors que ce taux atteint 53,2 % pour l'ensemble du Québec. Cependant, la région présente des résultats avantageux par rapport à l'ensemble du Québec en ce qui concerne les indicateurs du stress (troisième rang), du tabagisme (quatrième rang) et de la consommation d'alcool (septième rang).



RÉGION INTERMÉDIAIRE

SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Région 02

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

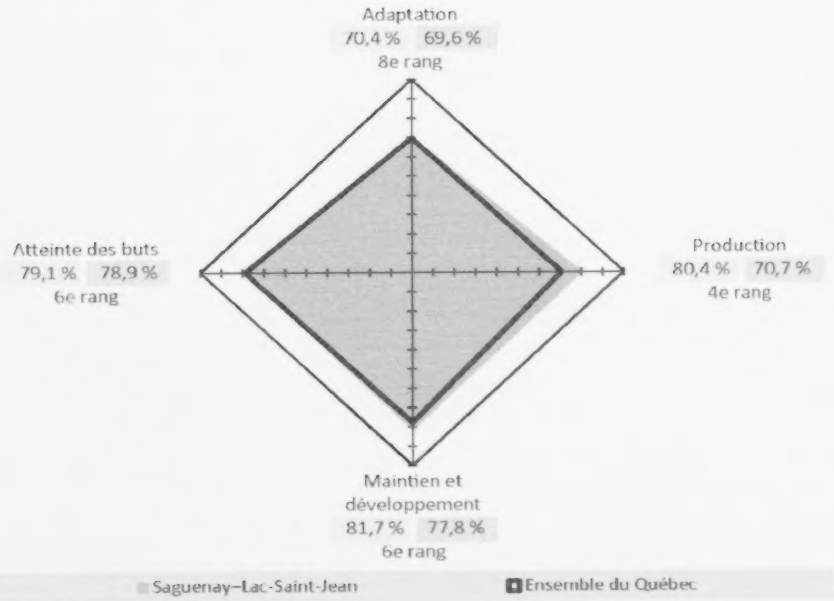
- Excellente accessibilité des services d'urgence et des services chirurgicaux
- Meilleure utilisation des ressources humaines à l'échelle provinciale
- Bon taux de croissance des résultats en santé maternelle et infantile (du dixième au quatrième rang)
- Faible accessibilité des services préventifs (test de Pap)
- Longs délais en protection de la jeunesse
- Plus faible proportion d'heures travaillées consacrées à la formation

MALADIES CHRONIQUES

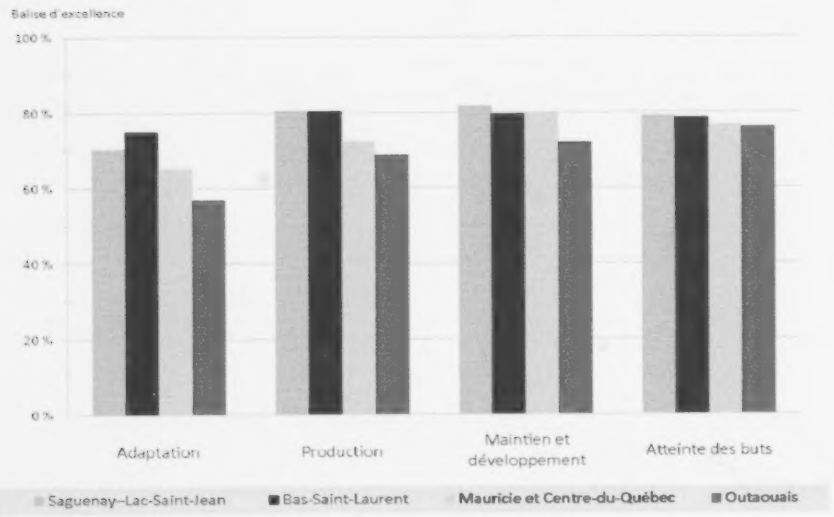
- Meilleurs résultats provinciaux pour le cancer de la prostate
- Bonne perception du degré de stress
- Taux les plus élevés de prévalence du cancer colorectal et du cancer du sein
- Forte prévalence du diabète (quatorzième rang)
- Taux le plus élevé de consommation d'alcool au Québec

Population (2010)	271 250 hab.
0-17 ans	18,2 %
18-64 ans	64,8 %
65 ans et plus	17,0 %
Superficie (terre ferme)	95 983 km²
Densité de la population	2,8 hab./km²
Taux de chômage (2009)	10,0 %
Revenu disponible (2007)	29 633 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	53,3 %
Hospitalisations (2007-2008)	31 553
Nombre de CSSS (2010)	6
Population moyenne/CSSS	45 208 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	7 423

APERÇU GLOBAL

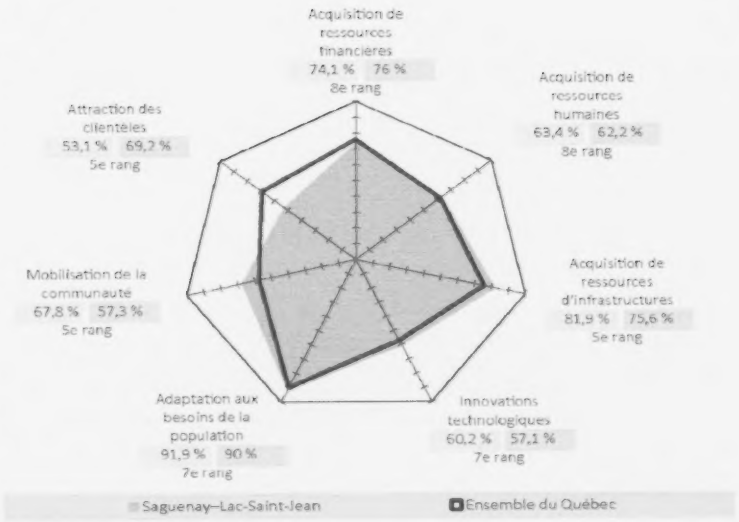


Généralement, la performance de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est enviable parmi les régions intermédiaires. En effet, pour chacune des quatre fonctions évaluées, la région dépasse le taux moyen québécois d'atteinte des balises. Qui plus est, pour trois balises, à savoir la production (quatrième rang), le maintien et développement (sixième rang) ainsi que l'atteinte des buts (sixième rang), la région obtient le meilleur résultat parmi les régions intermédiaires. Pour ce qui est de l'adaptation, le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient des résultats comparables à ceux du Québec dans son ensemble avec une proportion d'atteinte des balises de 70,4 % contre un taux québécois de 69,6 %, ce qui lui vaut le huitième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale.



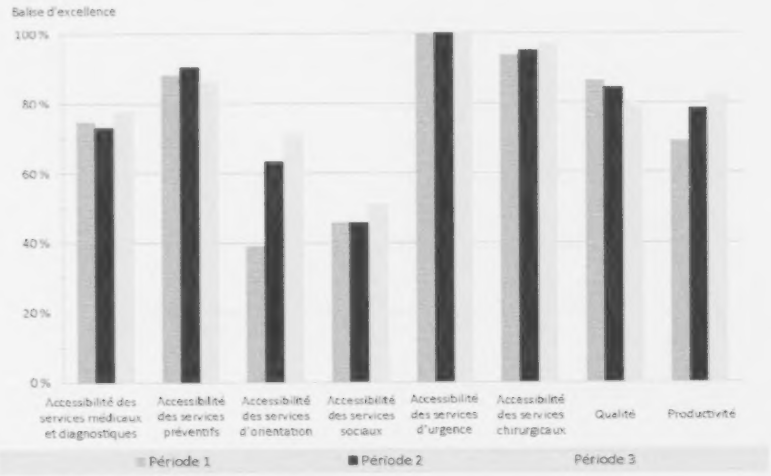
ADAPTATION

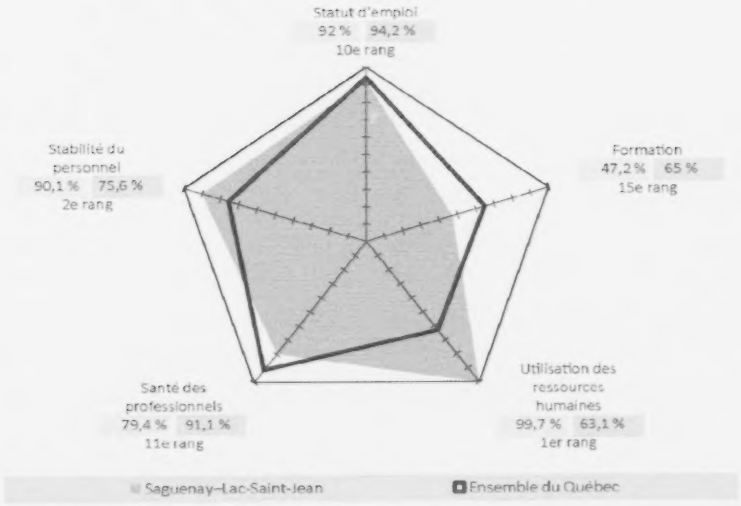
Avec une proportion d'atteinte des balises de 70,4 % pour l'adaptation, c'est-à-dire 0,8 % de plus que le résultat global de la province, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean arrive au huitième rang parmi les quinze régions comparées. En ce qui concerne l'acquisition de ressources, la région se situe assez près des taux québécois d'atteinte des balises : elle n'a qu'un léger désavantage pour l'acquisition de ressources financières avec une proportion d'atteinte des balises de 74,1 % contre 76,0 % pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le huitième rang à l'échelle provinciale. Par ailleurs, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient un bon résultat en ce qui a trait à la mobilisation de la communauté avec un taux d'atteinte des balises de 67,8 %, soit 10,4 % de plus que celui de l'ensemble du Québec. À titre d'exemple, notons que ce sont 71,10 $ par habitant qui sont dépensés dans la région pour les organismes communautaires, alors que cette somme est de 55,10 $ en moyenne partout au Québec (chiffres de 2008-2009). Pour ce qui est de l'attraction de la clientèle, soulignons que, malgré un résultat qui se situe passablement en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean se classe tout de même au cinquième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue la meilleure performance dans les régions intermédiaires.



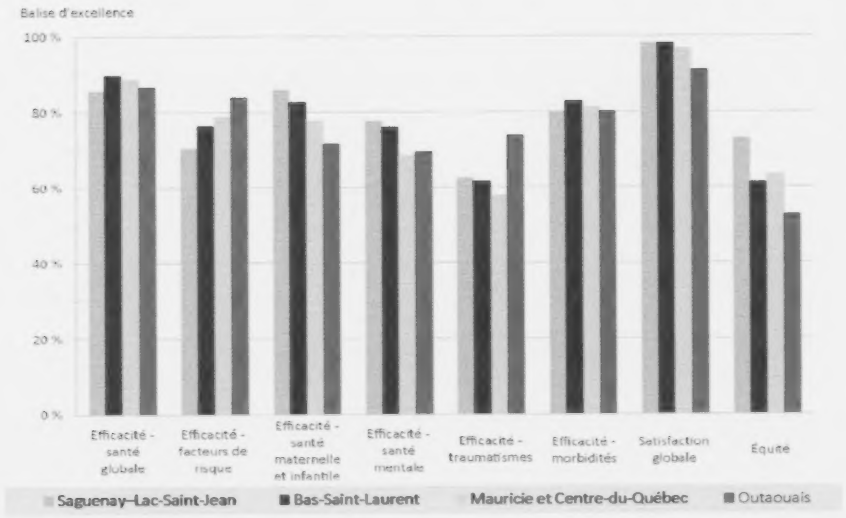
PRODUCTION

En atteignant les balises d'excellence dans une proportion de 80,4 % contre un résultat global québécois de 70,7 %, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean se situe au quatrième rang à l'échelle provinciale pour la fonction de production, ce qui constitue le meilleur résultat parmi ceux obtenus dans les régions intermédiaires. Par ailleurs, soulignons que la région obtient des résultats avantageux par rapport à ceux du Québec dans chacune des huit sous-dimensions de cette fonction et que, dans l'ensemble, le Saguenay–Lac-Saint-Jean a eu, au cours des dernières années, une croissance relativement plus importante que celle de chacune des autres régions comparées en ce qui concerne la production. Par ailleurs, certains résultats marquants méritent d'être mentionnés. D'abord, notons qu'avec une proportion de 85,5 % de la population déclarant avoir un médecin de famille en 2008 (à ne pas confondre avec la proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille), le Saguenay–Lac-Saint-Jean surpasse largement le taux moyen québécois, qui est de 72,7 % pour cet indicateur : il obtient ainsi le premier rang parmi les quinze régions comparées. De plus, la région obtient d'excellents résultats, les meilleurs au Québec, pour l'accessibilité des services d'urgence de même que pour l'accessibilité des services chirurgicaux. Enfin, en ce qui concerne l'accessibilité des services préventifs, la région se situe tout près de la proportion québécoise d'atteinte des balises (86,0 % contre 85,8 % pour le Québec), bien que ce résultat tende à dissimuler un écart important entre les divers indicateurs de cette sous-dimension. En effet, malgré les résultats les plus avantageux au Québec pour la vaccination contre l'influenza et pour la proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie, la région avait le plus faible résultat de la province en 2005 pour la proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont passé un test de Pap avec seulement 45,4 % contre 68,5 % dans l'ensemble du Québec.



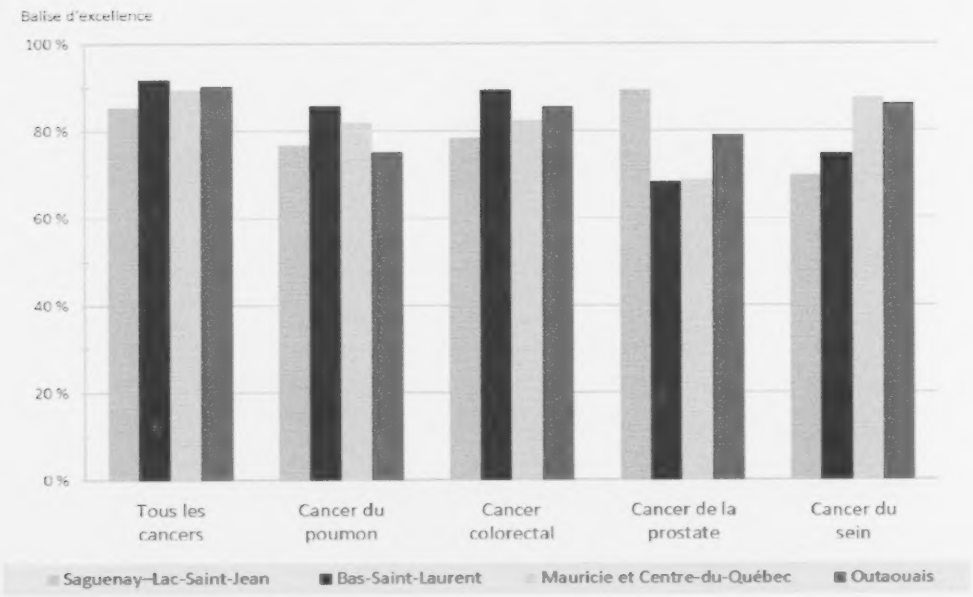


Pour le maintien et développement, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient un résultat global favorable avec une proportion d'atteinte des balises de 81,7% contre 77,8% pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le sixième rang à l'échelle provinciale et la meilleure performance parmi les régions intermédiaires. Ce résultat favorable cache cependant d'importantes variations à l'intérieur de cette fonction. Par ailleurs, avec un taux d'atteinte des balises de 99,7% contre 63,1% pour l'ensemble du Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean a la meilleure performance au Québec pour l'utilisation des ressources humaines. La région obtient aussi un résultat très favorable pour la stabilité du personnel avec une deuxième place sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Néanmoins, c'est aussi au Saguenay–Lac-Saint-Jean que s'observe la plus faible proportion d'heures travaillées consacrées à la formation avec 0,9% contre 1,2% pour l'ensemble du Québec, ce qui vaut à la région le dernier rang en ce qui concerne la formation.



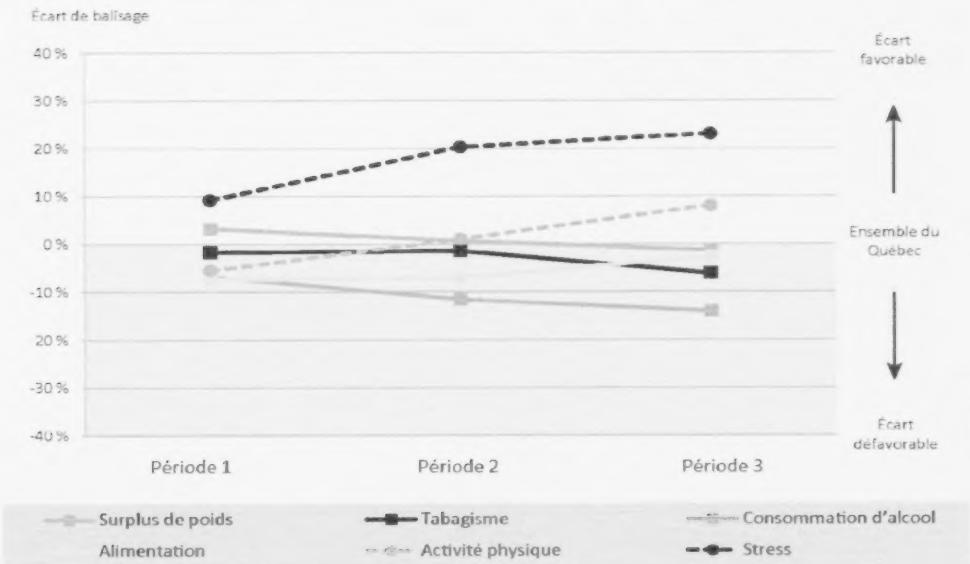
Pour ce qui est de l'atteinte des buts, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean se classe sixième sur le plan comparatif à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 79,1%, ce qui est légèrement supérieur à la proportion québécoise, qui est de 78,9%. Par ailleurs, ce résultat place le Saguenay–Lac-Saint-Jean en tête des régions intermédiaires en ce qui a trait à cette fonction. En ce qui concerne l'équité et la satisfaction globale à l'égard des soins fournis, la région se situe au quatrième rang à l'échelle provinciale, ce qui, encore une fois, constitue la meilleure performance parmi les régions intermédiaires. De plus, notons que, pour l'efficacité en santé maternelle et infantile, le Saguenay–Lac-Saint-Jean atteint les balises dans une proportion de 86,0% contre 78,2% pour le Québec. À ce sujet, la région a connu une forte croissance en passant du dixième rang, pour les données moyennes de 1996-2000, au quatrième rang, pour celles de 2002-2006. Or, d'autres éléments moins positifs méritent notre attention. En ce qui a trait à l'efficacité liée aux facteurs de risque, notons, par exemple, que c'est au Saguenay–Lac-Saint-Jean que se trouvaient, en 2008, les taux les plus élevés de consommation d'alcool.

MALADIES CHRONIQUES



Relativement aux maladies chroniques, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient des résultats plutôt défavorables dans l'ensemble, malgré certaines exceptions. En ce qui concerne les données sur le cancer, la région se situe au treizième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 79,9 %, soit 3,6 % de moins que celle de l'ensemble du Québec (tableau R6). Par ailleurs, c'est au Saguenay–Lac-Saint-Jean que sont observés les résultats les plus défavorables au Québec pour le cancer colorectal de même que pour le cancer du sein. Dans cette dernière catégorie, mentionnons que la région a le taux d'incidence le plus élevé avec 150,6 cas pour 100 000 femmes en 2005 contre 123,6 à l'échelle du Québec. Pour les autres types de cancer, le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient aussi des résultats défavorables, dans une moindre mesure, par rapport à l'ensemble du Québec. Une exception mérite toutefois d'être mentionnée : en effet, pour le cancer de la prostate, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 89,5 % contre 73,2 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui constitue le meilleur résultat parmi les quinze régions comparées.

En ce qui a trait aux maladies chroniques de l'appareil circulatoire, le Saguenay–Lac-Saint-Jean présente une proportion d'atteinte des balises de 5,5 % inférieure au résultat québécois, qui est de 72,4 %, ce qui lui vaut l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale. Pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la région obtient le dixième rang à l'échelle provinciale malgré une amélioration notable de ses résultats au cours des années allant de 2000 à 2006. Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, le Saguenay–Lac-Saint-Jean obtient le meilleur résultat parmi les régions intermédiaires avec un septième rang à l'échelle provinciale. Dans cette dernière catégorie, cependant, il convient de mentionner une importante polarisation des résultats entre les deux indicateurs disponibles. En effet, la région se classe treizième pour la proportion de sa population qui souffre d'arthrite (12,5 % en 2008 contre 11,2 % pour le Québec). Par contre, avec 24,3 % contre 26,9 % pour l'ensemble du Québec en 2005, elle obtient le meilleur résultat pour la proportion de sa population ayant une limitation d'activité. Par ailleurs, le Saguenay–Lac-Saint-Jean avait un taux de prévalence du diabète de 7,3 % en 2008 contre 6,0 % pour le Québec dans son ensemble, ce qui place la région à l'avant-dernier rang pour cette maladie.



Enfin, pour les habitudes de vie et les facteurs de risque, la région se situe au septième rang à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 80,2 %, soit 1,2 % de plus que celle de l'ensemble du Québec. Ce résultat favorable tient essentiellement à la bonne performance du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour les indicateurs d'activité physique (quatrième rang) et de perception du stress (deuxième rang). Pour les autres déterminants, que ce soit le surplus de poids, le tabagisme, l'alimentation ou la consommation d'alcool, la région obtient des résultats en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises.

RÉGION INTERMÉDIAIRE

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Région 04

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

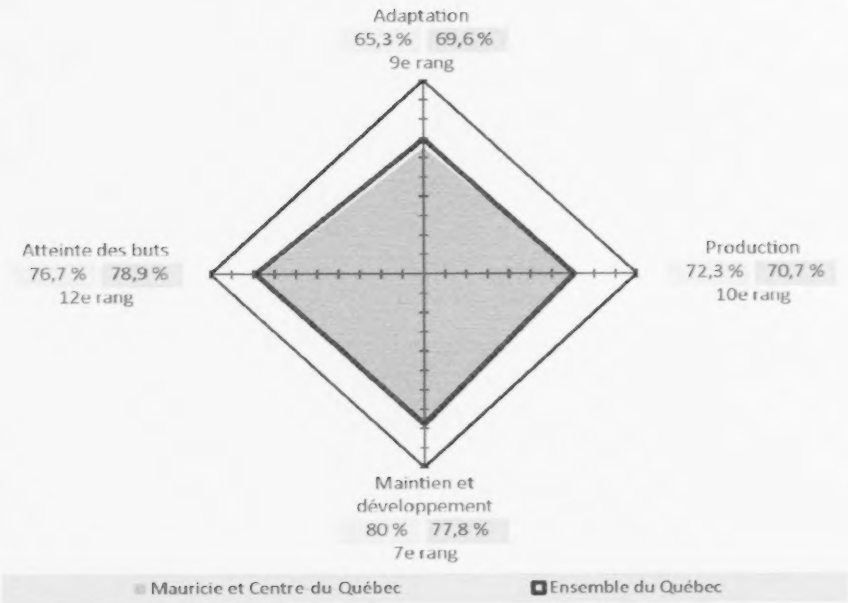
- Meilleure proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille (GMF) en 2009
- Bons résultats pour la formation et la santé des professionnels
- Faible acquisition de ressources
- Plus forte régression temporelle de la fonction de production
- Problèmes d'accessibilité des services préventifs et des services d'orientation
- Problème d'efficacité en santé mentale et en traumatismes

MALADIES CHRONIQUES

- Meilleur résultat pour le cancer du sein parmi les régions intermédiaires
- Très bon taux d'activité physique
- Plus forte proportion de la population ayant une limitation d'activité due aux maladies de l'appareil musculosquelettique
- Résultat défavorable pour la mortalité causée par des maladies chroniques de l'appareil respiratoire

Population (2010)	494 810 hab.
0-17 ans	18,1 %
18-64 ans	63,7 %
65 ans et plus	18,3 %
Superficie (terre ferme)	42 438 km²
Densité de la population	11,7 hab./km²
Taux de chômage (2009)	8,4 %
Revenu disponible (2007)	29 075 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	56,7 %
Hospitalisations (2007-2008)	50 583
Nombre de CSSS (2010)	8
Population moyenne/CSSS	61 851 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	11 693

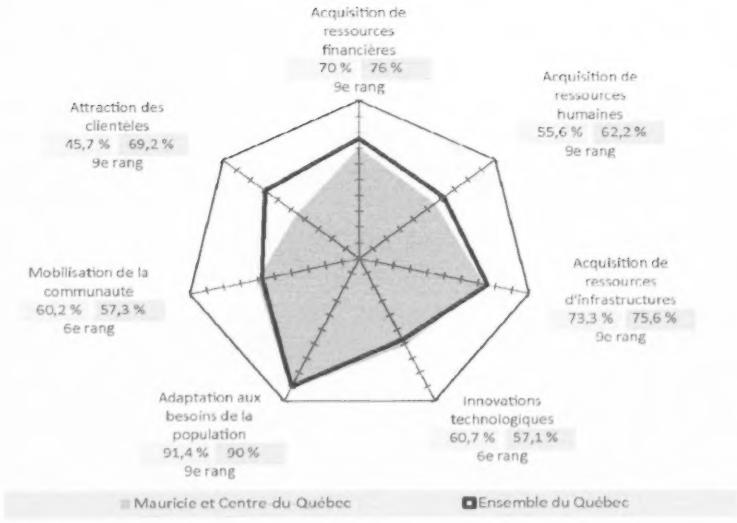
APERÇU GLOBAL



Rejoignant la moyenne québécoise d'atteinte des balises pour les fonctions de production et de maintien et développement, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient des résultats variables. Pour cette dernière fonction, la région se classe au septième rang à l'échelle provinciale en raison de résultats favorables sur le plan de la formation et de la santé des professionnels. Pour la production, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec atteint les balises d'excellence dans une proportion de 72,3% contre un taux québécois de 70,7%, ce qui constitue le dixième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. En ce qui concerne l'adaptation, la région a un taux d'atteinte des balises de 65,3%, soit 4,3% de moins que le résultat québécois, ce qui lui vaut le neuvième rang. Enfin, pour l'atteinte des buts, la Mauricie et le Centre-du-Québec obtient le douzième rang à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 2,2% en deçà du taux du Québec, qui est de 78,9%.

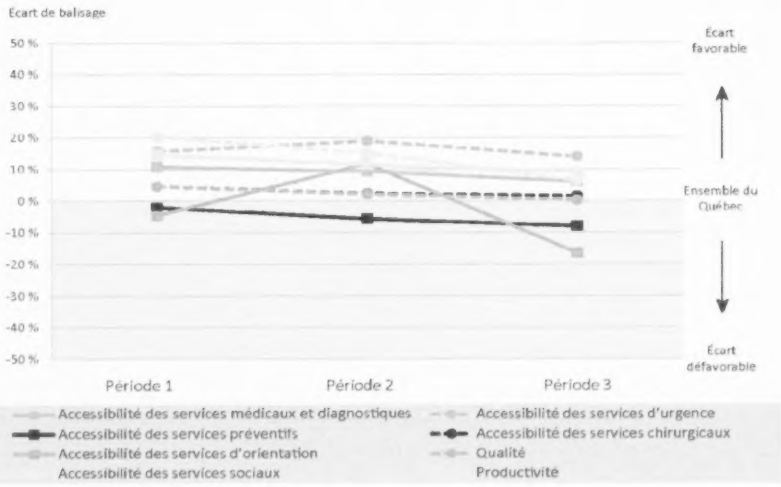
ADAPTATION

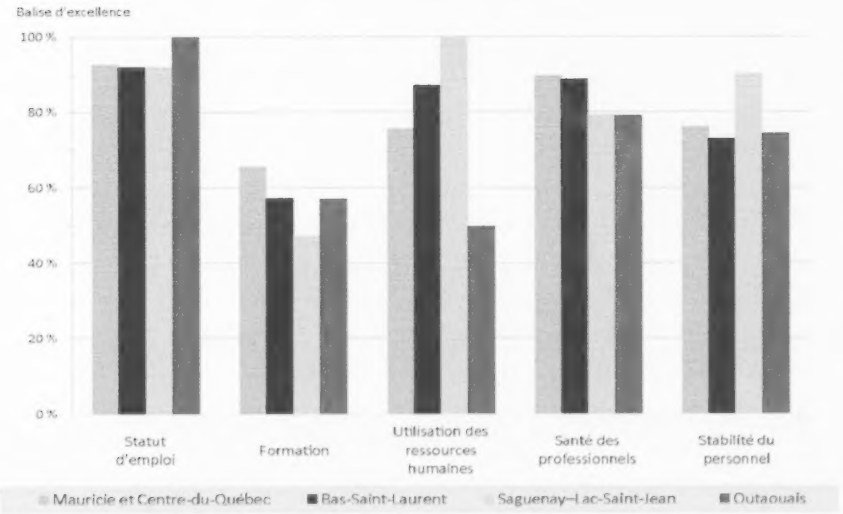
En ce qui concerne l'adaptation, avec une proportion d'atteinte des balises de 65,3% contre un résultat québécois de 69,6%, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe au neuvième rang parmi les quinze régions comparées. Cette performance défavorable résulte largement de la faible réponse aux indicateurs relatifs à l'acquisition de ressources financières, humaines et d'infrastructures, mais également du résultat négatif en matière d'attraction de la clientèle. Cependant, avec une proportion d'atteinte des balises de 45,7% contre un résultat pour le Québec de 69,2% en ce qui a trait à l'attraction de la clientèle, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe tout à fait dans la moyenne des régions intermédiaires. En effet, le phénomène de perte de clients est prévisible étant donné leur situation géographique et la moins grande disponibilité des divers soins et traitements spécialisés, qui se trouvent essentiellement dans les régions universitaires.



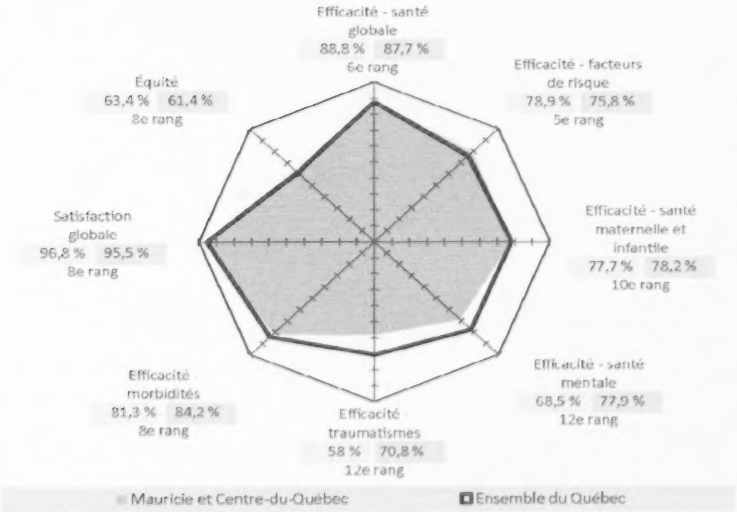
PRODUCTION

Pour la fonction de production, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a des résultats généralement favorables. Au total, cette région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 72,3% (dixième rang) contre 70,7% pour l'ensemble du Québec. Cependant, la région obtient les résultats les moins favorables à l'échelle du Québec pour les sous-dimensions d'accessibilité des services d'orientation et d'accessibilité des services préventifs. Dans cette dernière catégorie, mentionnons que ce ne sont que 67,0% des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie en 2008 contre 73,9% pour l'ensemble du Québec, ce qui constitue le taux le plus défavorable pour cet indicateur. Par ailleurs, soulignons qu'au cours des années allant de 2000 à 2008, la région a connu une forte régression dans sa proportion d'atteinte des balises pour l'accessibilité des services préventifs. En effet, pendant cette période, elle est passée du douzième au dernier rang à l'échelle provinciale. La région obtient aussi des résultats relativement favorables pour l'accessibilité des services sociaux (huitième rang), des services chirurgicaux (sixième rang), des services d'urgence (huitième rang) ainsi que des services médicaux et diagnostiques (septième rang). Dans cette dernière catégorie de services, la région se classe première au Québec pour la proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille (GMF) en 2009 avec 41,7%, soit 17,3% de plus que celle de l'ensemble du Québec. Enfin, en considérant la variation temporelle des résultats pour les dix dernières années environ, nous constatons que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec subit le plus important recul pour la production parmi toutes les régions comparées, avec une diminution de la proportion d'atteinte des balises chiffrée à 4,8% pendant que l'ensemble du Québec gagne 1,6%.



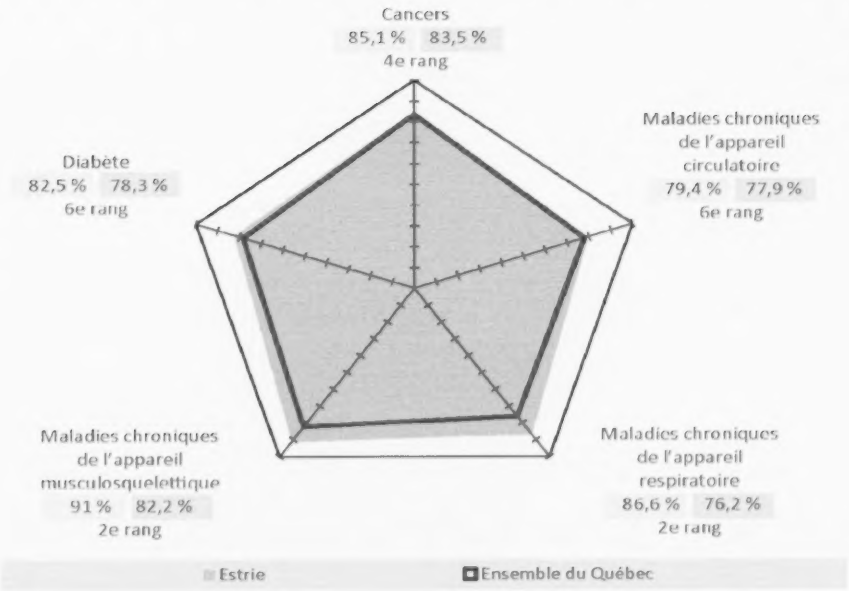


Pour le maintien et développement, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient des résultats favorables avec une proportion d'atteinte des balises de 80,0 %, soit 2,2 % de plus que celle de l'ensemble du Québec. Cette proportion lui procure le septième rang à l'échelle provinciale et le deuxième rang parmi les régions intermédiaires, juste derrière le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Dans l'ensemble des cinq sous-dimensions de cette fonction, la région obtient d'ailleurs des résultats tout à fait comparables à ceux de l'ensemble du Québec : elle n'a que des variations minimes par rapport à ce dernier. Par ailleurs, soulignons qu'en ce qui a trait à la formation ainsi qu'à la santé des professionnels, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient les proportions d'atteinte des balises les plus avantageuses parmi les régions intermédiaires et, dans les deux cas, elle se classe sixième sur le plan comparatif à l'échelle provinciale.



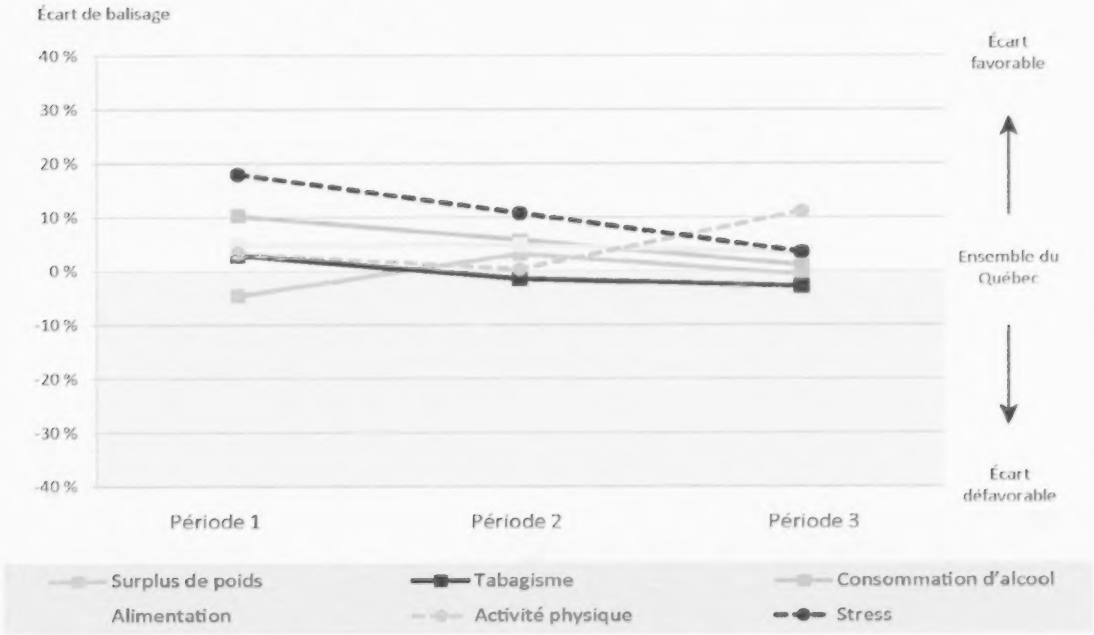
Avec un taux d'atteinte des balises d'excellence de 76,7 % contre 78,9 % pour l'ensemble du Québec, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe défavorablement sur le plan comparatif à l'échelle provinciale en obtenant le douzième rang pour l'atteinte des buts. En fait, la région ne se démarque positivement pour aucun des 36 indicateurs composant cette fonction. Elle obtient plutôt les plus faibles résultats parmi les régions intermédiaires pour l'efficacité en santé mentale de même que pour l'efficacité en matière de traumatismes : dans les deux cas, elle se classe au douzième rang à l'échelle provinciale. Pour ce qui est des traumatismes, mentionnons qu'avec un résultat de 9,1 % contre 7,1 % pour l'ensemble du Québec, en 2005, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a le résultat le plus défavorable du Québec pour la proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical.

MALADIES CHRONIQUES



Au chapitre des maladies chroniques, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient des résultats plutôt favorables si elle est comparée aux autres régions intermédiaires. Toutefois, elle se situe quand même en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises dans la majorité des catégories de maladies. En ce qui concerne les données sur le cancer, la région atteint les balises dans une proportion de 82,0 %, soit 1,5 % de moins que celle de l'ensemble du Québec (tableau R6). En fait, cette tendance générale se vérifie dans toutes les catégories de cancers répertoriés sauf le cancer du sein, pour lequel, en raison d'une proportion d'atteinte des balises de 87,5 % contre 81,2 % pour le Québec, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe au quatrième rang à l'échelle provinciale et a la meilleure performance parmi les régions intermédiaires. Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la région, malgré un recul de 0,7 % par rapport au taux québécois d'atteinte des balises, se situe au huitième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue aussi le résultat le plus avantageux parmi les quatre régions intermédiaires.

Pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a des résultats défavorables avec une proportion d'atteinte des balises de 67,2 % contre 76,2 % pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le douzième rang à l'échelle provinciale. En ce qui concerne la mortalité résultant des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la région a un taux ajusté de 42,8 pour 100 000 habitants contre 34,9 dans l'ensemble du Québec, ce qui vaut à la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec l'avant-dernier rang pour cet indicateur (données moyennes de 2002-2006). En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, les résultats ne sont pas beaucoup plus favorables, puisque la région se classe au onzième rang avec un écart négatif de 3,2 % par rapport à la proportion québécoise d'atteinte des balises, qui est de 82,2 %. De manière plus concrète, avec un taux de 30,2 %, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec regroupe la plus grande proportion de la population ayant une limitation d'activité, alors que ce taux est de 26,9 % dans l'ensemble du Québec.



Enfin, en ce qui concerne les habitudes de vie et les facteurs de risque, la région obtient un très bon résultat global, qui lui vaut le troisième rang à l'échelle provinciale et le meilleur résultat parmi les régions intermédiaires. En fait, à ce sujet, la région a une certaine constance avec de faibles variations entre ses meilleurs et ses moins bons résultats. En ce qui a trait à l'activité physique, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient un résultat particulièrement avantageux (troisième rang à l'échelle provinciale) avec un taux de 46,0 % de la population qui est inactive durant ses loisirs, alors que cette proportion atteint 52,4 % dans l'ensemble du Québec (données de 2008). Cependant, il convient de mentionner qu'en ce qui a trait à la consommation d'alcool et au degré de stress perçu, la région, malgré des résultats toujours favorables par rapport à l'ensemble du Québec, tend à perdre du terrain sur le plan comparatif, puisqu'il y a quelques années, elle occupait des rangs supérieurs pour ces deux catégories de déterminants, catégories pour lesquelles elle obtient maintenant le sixième et le septième rang, respectivement.

RÉGION INTERMÉDIAIRE

OUTAOUAIS

Région 07

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

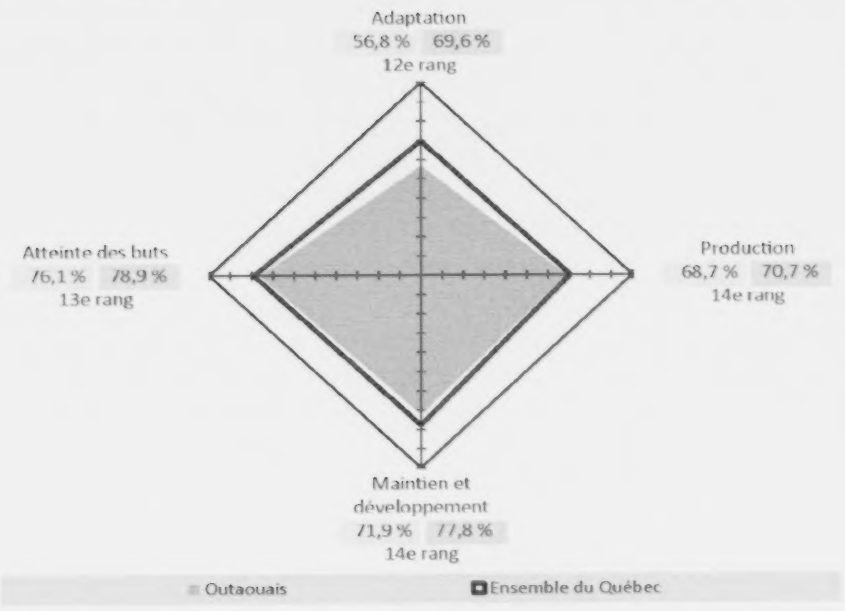
- Bonne accessibilité des services préventifs, sociaux et d'orientation
- Premier rang à l'échelle provinciale pour le statut d'emploi
- Dernier résultat au Québec pour les innovations technologiques et l'adaptation aux besoins de la population
- Fort recul des indicateurs de qualité
- Faible taux de formation et utilisation inadéquate des ressources humaines
- Taux relativement élevés de mortalité infantile et néonatale

MALADIES CHRONIQUES

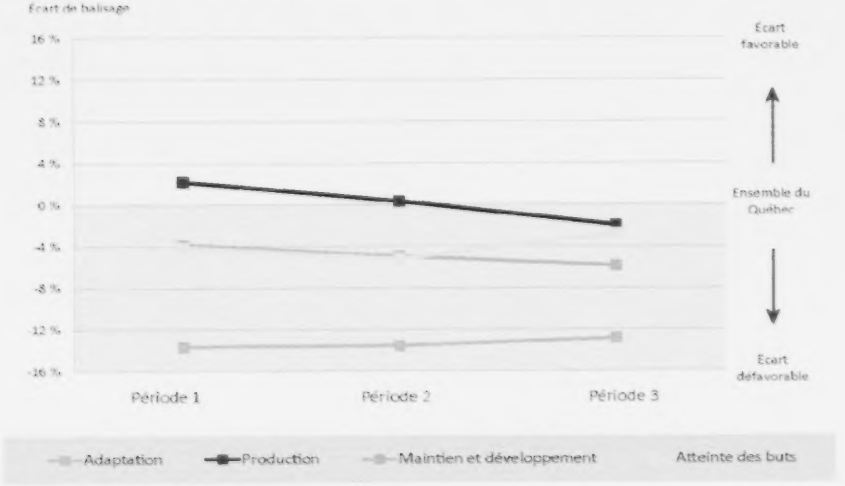
- Meilleur résultat au Québec pour le diabète
- Meilleurs résultats pour les taux d'incidence des cancers de la prostate et du sein
- Performance avantageuse en ce qui a trait aux maladies chroniques de l'appareil respiratoire
- Très bon résultat pour l'activité physique
- Dernier rang à l'échelle du Québec pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire
- Plus fort taux de mortalité pour les états de santé associés à la consommation d'alcool

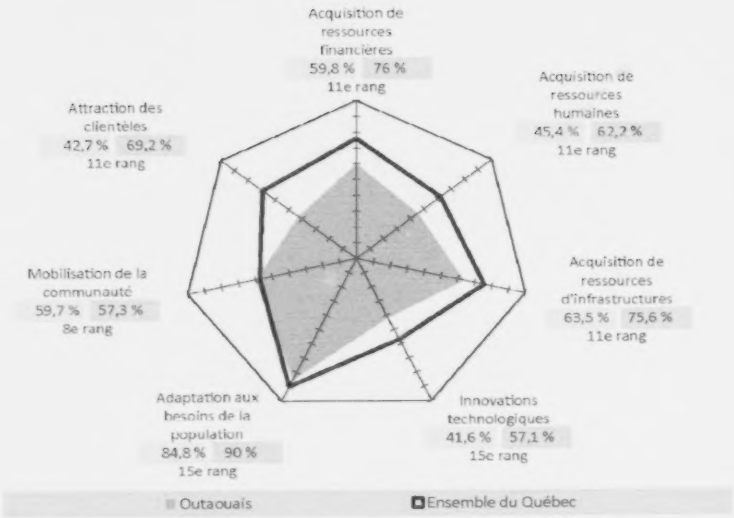
Population (2010)	362 138 hab.
0-17 ans	20,4 %
18-64 ans	67,1 %
65 ans et plus	12,5 %
Superficie (terre ferme)	30 592 km²
Densité de la population	11,8 hab./km²
Taux de chômage (2009)	6,3 %
Revenu disponible (2007)	31 251 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	44,8 %
Hospitalisations (2007-2008)	24 009
Nombre de CSSS (2010)	5
Population moyenne/CSSS	72 428 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	6 633

APERÇU GLOBAL

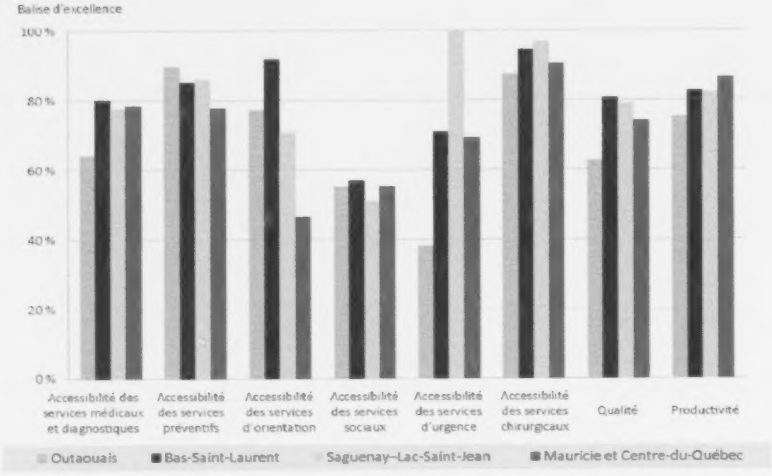


En général, la région de l'Outaouais a des résultats très défavorables, qui sont, pour chacune des quatre fonctions, en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises, ce qui en fait la région la plus défavorisée parmi les quatre régions intermédiaires. Pour l'adaptation, l'Outaouais se classe au douzième rang à l'échelle provinciale avec une proportion d'atteinte des balises de 56,8 %, alors que le taux moyen québécois est de 69,6 %. En ce qui concerne la production, la région obtient l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale avec un écart négatif de 2,0 % par rapport au résultat de l'ensemble du Québec. Pour ce qui est du maintien et développement, l'Outaouais arrive au quatorzième rang parmi les quinze régions comparées, malgré un meilleur résultat à l'échelle provinciale en matière de statut d'emploi. Enfin, la région se situe aussi en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises pour l'atteinte des buts : elle occupe le treizième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale.

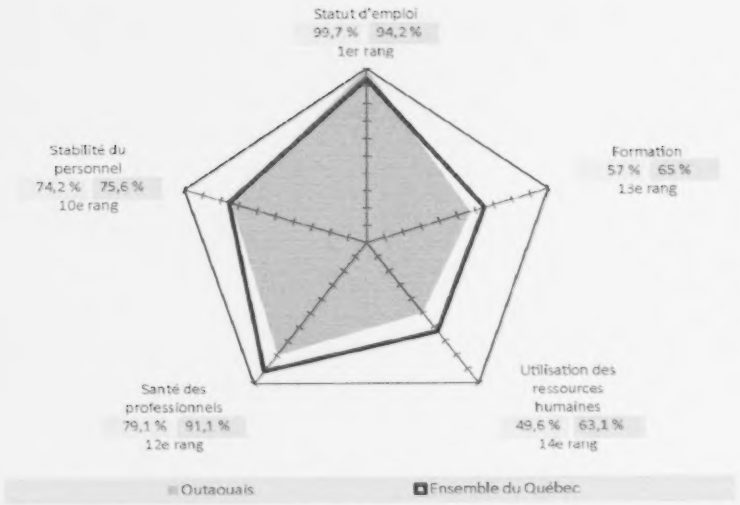




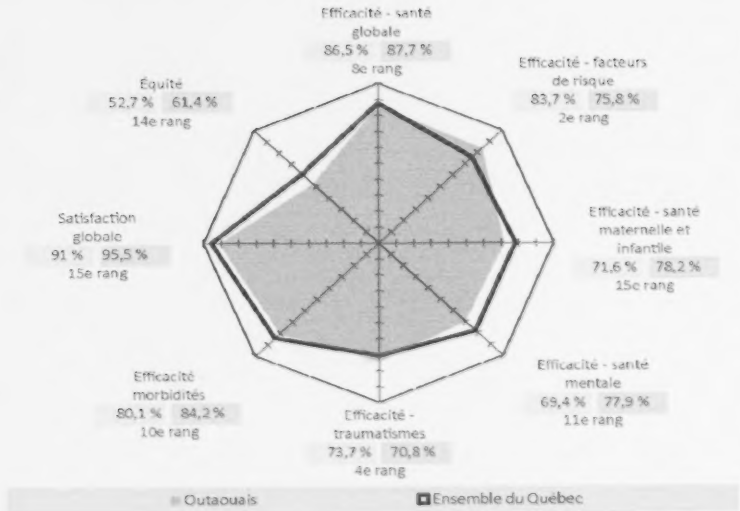
Le douzième rang qu'occupe la région de l'Outaouais en matière d'adaptation, qui constitue le résultat le plus défavorable parmi les régions intermédiaires, s'accompagne de résultats inférieurs au taux québécois d'atteinte des balises dans six des sept sous-dimensions composant cette fonction du modèle d'analyse de la performance retenu par le Commissaire. Pour l'acquisition de ressources, la région a des résultats bien en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises et elle obtient le onzième rang tant en ce qui a trait aux ressources financières et humaines qu'en matière d'infrastructures. En fait, à cet égard, l'Outaouais présente les mêmes tendances que celles des régions en périphérie des régions universitaires, ce qui peut s'expliquer par la proximité de l'Université d'Ottawa. Par rapport aux innovations technologiques, l'Outaouais a le résultat le plus défavorable parmi les quinze régions comparées. À titre d'exemple, c'est dans cette région qu'est observée la plus faible proportion d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) avec 10,8 examens pour 1 000 habitants réalisés dans le système public québécois en 2007, alors que la proportion québécoise atteignait 22,7 examens pour 1 000 habitants. En ce qui a trait à l'adaptation aux besoins de la population, qui évalue notamment la réponse du système par rapport aux attentes des personnes sur le respect de la dignité, de l'autonomie et de la confidentialité ainsi que de la rapidité de la prise en charge, l'Outaouais se classe encore au dernier rang à l'échelle du Québec.



En ce qui concerne la fonction de production, la région de l'Outaouais atteint les balises d'excellence dans une proportion de 68,7 % contre 70,7 % pour l'ensemble du Québec, ce qui constitue l'avant-dernier résultat dans la province. Par ailleurs, il convient de mentionner la bonne performance de la région en ce qui concerne l'accessibilité des services préventifs (cinquième rang), des services d'orientation (sixième rang) ainsi que des services sociaux (sixième rang). Cependant, en ce qui a trait à l'accessibilité des services d'urgence et à l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, l'Outaouais se situe à l'avant-dernier rang à l'échelle du Québec. Sur le plan de la productivité, qui mesure notamment la durée moyenne des hospitalisations et l'utilisation inadéquate de certains services (par exemple, la proportion d'usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour), la région arrive à nouveau au quatorzième rang. Enfin, pour l'évaluation de la qualité, l'Outaouais a la plus faible proportion d'atteinte des balises avec 62,6 %, soit 11,3 % de moins que le taux québécois moyen. Par ailleurs, lorsque la variation temporelle des résultats est considérée, nous constatons qu'au cours des dernières années, les indicateurs de qualité ont subi une forte baisse en Outaouais, de 15,7 %, alors que le Québec, dans son ensemble, progressait de 6,3 %. Soulignons que l'Outaouais est l'une des seules régions du Québec à avoir connu un accroissement du taux d'incidence de *C. difficile* : ce taux est passé de 7,5 cas pour 10 000 jours-patients en 2004-2005 à 8,5 cas en 2008-2009. Pendant cette même période, le résultat global québécois pour cet indicateur est passé de 13,6 à 6,5 et, en grande majorité, les régions ont connu une amélioration considérable pour cet indicateur de qualité.

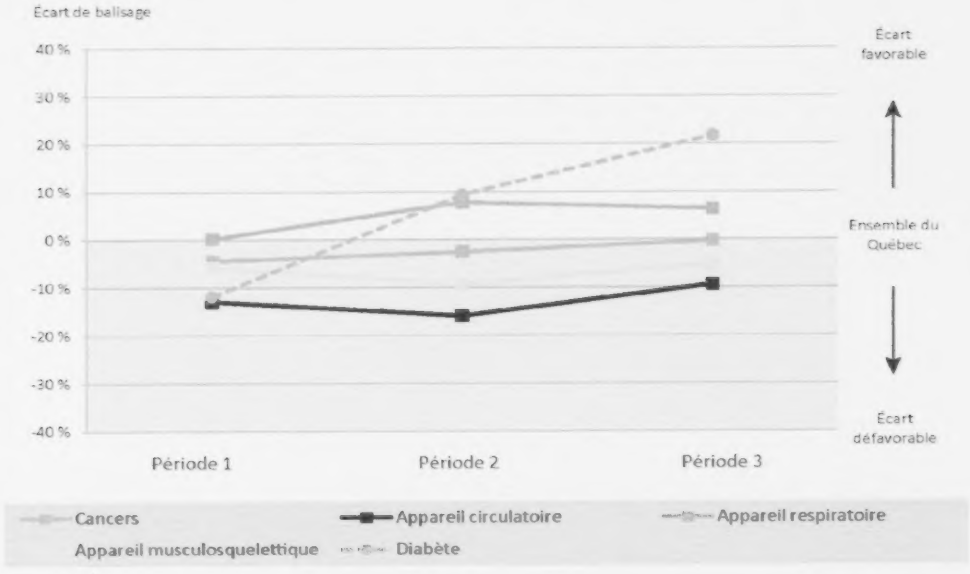


Avec une proportion d'atteinte des balises de 71,9 % contre 77,8 % pour le Québec dans son ensemble, la région de l'Outaouais se classe au quatorzième rang pour la fonction de maintien et développement. Ce résultat défavorable cache toutefois l'excellente performance de la région par rapport au statut d'emploi, puisque, avec un taux de 75,6 % contre 71,8 % à l'échelle du Québec, elle obtient le premier rang à l'échelle provinciale dans cette sous-dimension en raison, notamment, de la meilleure proportion d'employés occupant des postes réguliers en 2007-2008. Quoi qu'il en soit, les autres résultats sont tous en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises, que ce soit pour la formation (treizième rang), l'utilisation des ressources humaines (quatorzième rang), la santé des professionnels (douzième rang) ou la stabilité du personnel (dixième rang).



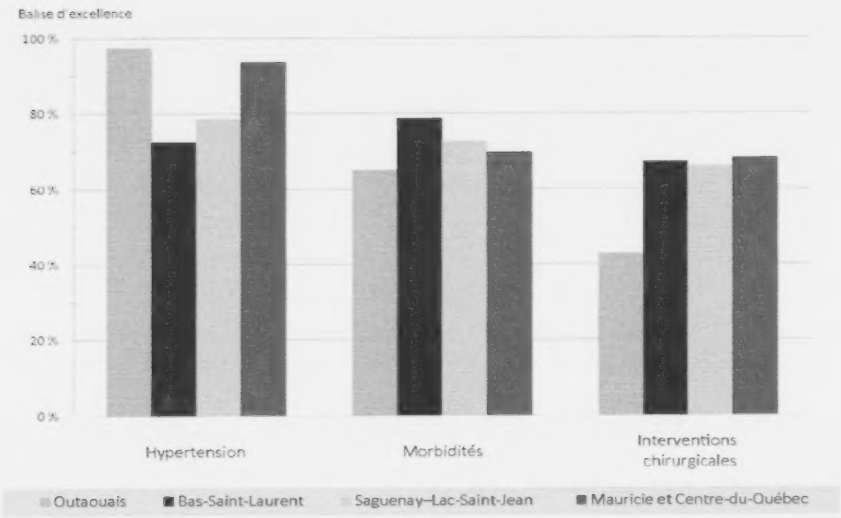
En ce qui a trait à l'atteinte des buts, l'Outaouais atteint les balises d'excellence dans une proportion de 76,1 %, alors que le taux québécois est de 78,9 %, ce qui vaut à la région le treizième rang à l'échelle provinciale. Par rapport à l'efficacité en santé maternelle et infantile, la région obtient le résultat le moins enviable à l'échelle du Québec à cause, notamment, des taux particulièrement élevés de mortalité infantile et néonatale. Dans le même ordre d'idées, c'est en Outaouais que se trouvent les taux les plus défavorables de satisfaction à l'égard des soins hospitaliers de même que des soins en santé communautaire, ce qui vaut à la région le dernier rang pour la satisfaction globale. De plus, les résultats très défavorables obtenus par l'Outaouais en matière d'équité lui valent le quatorzième rang dans ce domaine avec une proportion d'atteinte des balises de 52,7 % contre 61,4 % pour l'ensemble du Québec. Enfin, il convient de mentionner qu'en raison des faibles taux d'inactivité physique et de diabète, la région manifeste une très bonne performance en ce qui concerne l'efficacité relative aux facteurs de risque.

MALADIES CHRONIQUES

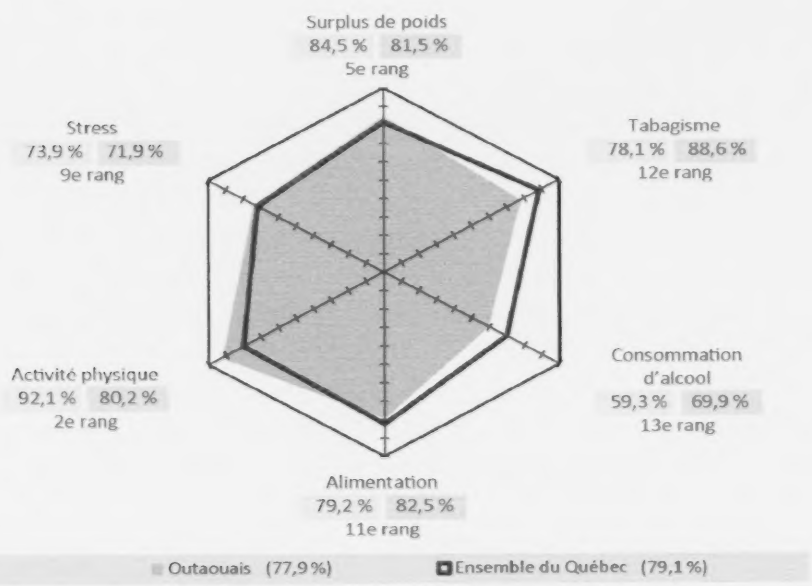


Au chapitre des maladies chroniques, l'Outaouais obtient des résultats généralement favorables par rapport aux autres régions intermédiaires, et ce, malgré de fortes variations selon les catégories de maladies. Pour ce qui est du cancer, la région se situe tout près de la moyenne québécoise d'atteinte des balises (83,2% contre 83,5%), et ce taux lui vaut le septième rang à l'échelle provinciale et le meilleur résultat parmi les régions intermédiaires (tableau R6). Mentionnons qu'avec 110,7 cas pour 100 000 femmes contre 123,6 pour le Québec, en 2005, l'Outaouais a la meilleure performance à l'échelle du Québec pour le taux ajusté d'incidence du cancer du sein. La région se situe aussi en tête des régions québécoises pour le taux d'incidence du cancer de la prostate avec un taux de 71,9 cas pour 100 000 hommes, un écart de 41,8 par rapport à la proportion québécoise moyenne, qui était de 113,7 cas pour 100 000 hommes en 2005.

En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, l'Outaouais atteint les balises d'excellence dans une proportion de 82,5% contre 76,2% pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le troisième rang à l'échelle provinciale et le meilleur résultat parmi les régions intermédiaires. À titre d'exemple, la région a le plus faible taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie parmi les quinze régions comparées avec une proportion de 9,0 décès pour 100 000 habitants contre 12,1 au Québec (données moyennes de 2002-2006). Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, l'Outaouais présente des résultats défavorables et, à l'échelle provinciale, cette région se situe au treizième rang. Par ailleurs, la région a le résultat le plus avantageux du Québec pour le diabète avec un taux de prévalence de seulement 3,0% en 2008 contre une proportion provinciale de 6,0%. Cependant, pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, l'Outaouais obtient le résultat le plus défavorable parmi les quinze régions comparées, et ce, malgré un deuxième rang pour sa très bonne performance relative à l'hypertension. En effet, la région se classe au dernier rang pour les morbidités de l'appareil circulatoire de même que pour les taux d'interventions chirurgicales.



Enfin, par rapport aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, l'Outaouais obtient des résultats favorables par rapport à la proportion québécoise moyenne d'atteinte des balises pour le surplus de poids (cinquième rang), le stress (neuvième rang) et, surtout, l'activité physique (deuxième rang). Dans cette dernière catégorie, mentionnons que la population de la région présente une proportion d'inactivité physique de seulement 45,6%, soit 6,8% de moins que celle du Québec dans son ensemble. Cependant, ce tableau est assombri par des données défavorables en ce qui a trait au tabagisme (douzième rang) et à la consommation d'alcool (treizième rang). Dans cette catégorie, avec 8,0 décès pour 100 000 habitants contre 5,7 au Québec (données moyennes de 2001-2005), l'Outaouais obtient le taux le plus élevé de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool.



RÉGION ÉLOIGNÉE

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Région 08

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

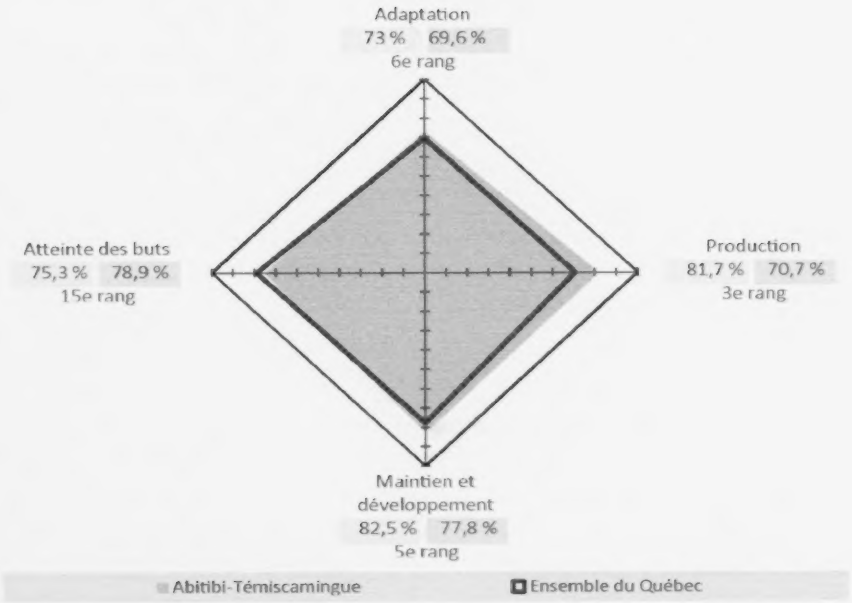
- Forte progression de l'acquisition d'infrastructures
- Très bonne accessibilité des divers services
- Performance défavorable en matière de qualité
- Problème de stabilité du personnel
- Résultats les plus défavorables de la province en atteinte des buts

MALADIES CHRONIQUES

- Bon résultat en ce qui concerne le cancer (cinquième rang à l'échelle provinciale)
- Meilleur résultat au Québec pour le cancer colorectal
- Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales le plus élevé du Québec
- Résultat défavorable pour les habitudes de vie et les facteurs de risque

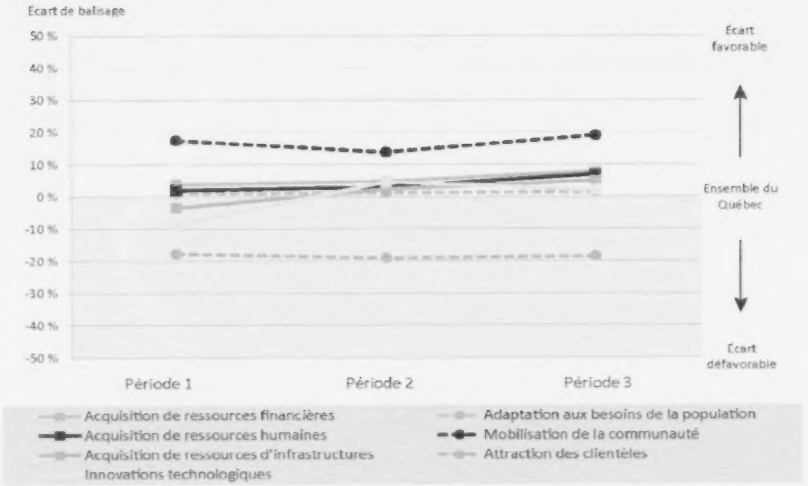
Population (2010)	145 058 hab.
0-17 ans	20,7 %
18-64 ans	64,9 %
65 ans et plus	14,5 %
Superficie (terre ferme)	57 339 km²
Densité de la population	2,5 hab./km²
Taux de chômage (2009)	9,5 %
Revenu disponible (2007)	31 059 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	60,7 %
Hospitalisations (2007-2008)	16 637
Nombre de CSSS (2010)	6
Population moyenne/CSSS	24 176 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	4 081

APERÇU GLOBAL



La région de l'Abitibi-Témiscamingue rejoint la proportion québécoise d'atteinte des balises dans trois des quatre fonctions. Par conséquent, elle se classe relativement bien parmi les régions éloignées, qui incluent également la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Pour la fonction d'adaptation, l'Abitibi-Témiscamingue atteint les balises d'excellence dans une proportion de 73,0% contre 69,6% pour le Québec dans son ensemble, ce qui lui vaut le sixième rang à l'échelle provinciale. Pour la production, la région surpasse de 11,0% la proportion québécoise d'atteinte des balises : elle se situe ainsi au troisième rang parmi les quinze régions comparées. Notons, par ailleurs, que les trois régions éloignées obtiennent de très bons résultats pour cette dernière fonction, malgré une performance défavorable dans la sous-dimension portant sur la qualité. Au chapitre du maintien et développement, la région de l'Abitibi-Témiscamingue obtient le cinquième rang à l'échelle provinciale, ce qui représente le meilleur résultat parmi les régions éloignées. Enfin, en ce qui a trait à l'atteinte des buts, la région se situe à 3,6% en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises, qui est de 78,9%, ce qui constitue le résultat le plus défavorable de la province.

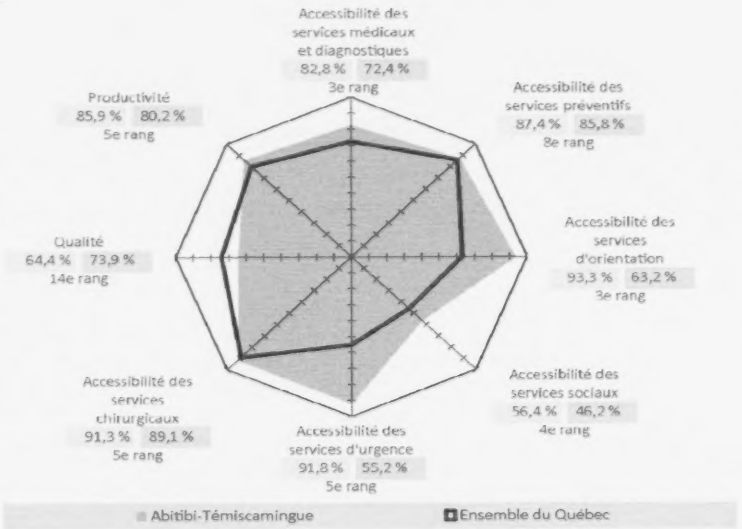
ADAPTATION

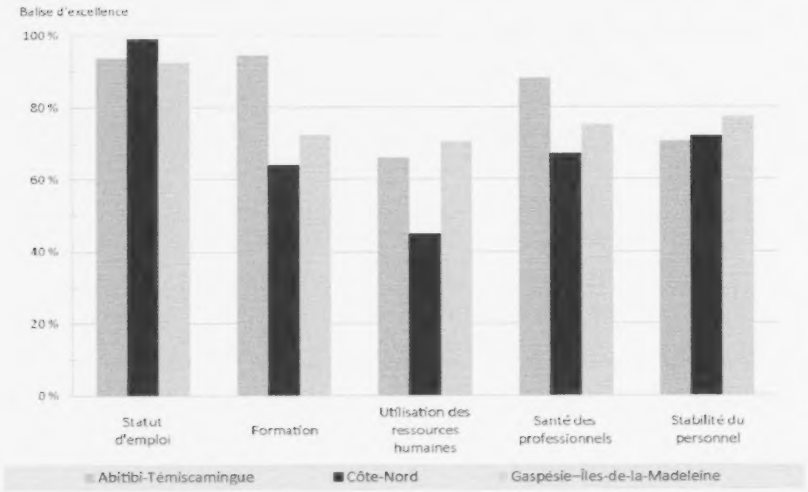


Avec une proportion d'atteinte des balises de 73,0 %, soit 3,4 % de plus que le résultat de l'ensemble du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue obtient de très bons résultats pour la fonction d'adaptation. En effet, elle occupe le sixième rang à l'échelle provinciale. En fait, à l'instar des autres régions éloignées (qui sont aussi très fortes en adaptation), l'Abitibi-Témiscamingue a des résultats supérieurs à la proportion québécoise d'atteinte des balises dans toutes les sous-dimensions de cette fonction sauf celle de l'attraction de la clientèle. Toutefois, notons que, dans ce dernier domaine, avec une proportion d'atteinte des balises de 50,7 % contre 69,2 % pour l'ensemble du Québec, la région se situe quand même au sixième rang à l'échelle provinciale, ce qui représente la meilleure performance parmi les régions éloignées. Enfin, lorsque la variation temporelle des données est considérée, nous constatons que la région de l'Abitibi-Témiscamingue a la plus forte progression à l'échelle du Québec pour l'acquisition de ressources d'infrastructures. De manière concrète, cela se manifeste par le fait qu'au cours de 2001-2002 à 2007-2008, la région a connu un accroissement de 5,6 % de ses taux de lits en soins aigus ainsi qu'en soins de longue durée pour 1 000 habitants, alors que, pendant la même période, l'ensemble du Québec connaissait une régression de 2,8 %.

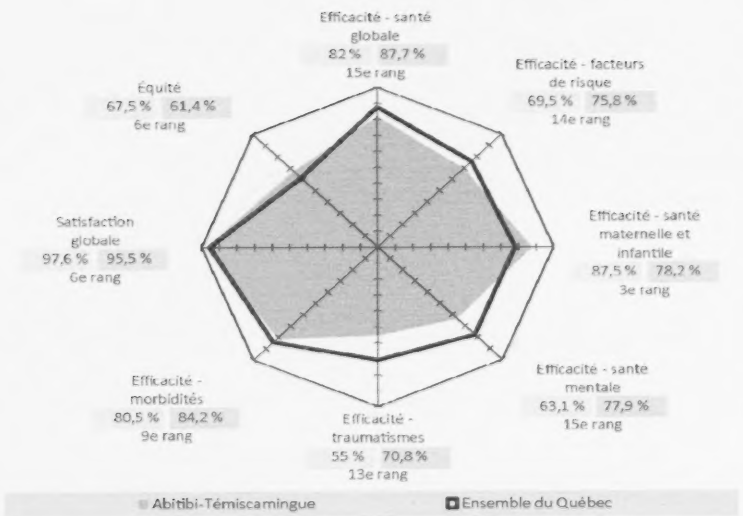
PRODUCTION

Pour ce qui est de la production, la région de l'Abitibi-Témiscamingue atteint les balises d'excellence dans une proportion de 81,7 %, alors que le taux québécois est de 70,7 %, ce qui lui vaut le troisième rang. En ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, la région se situe au troisième rang sur le plan comparatif à l'échelle du Québec et, dans ce domaine, elle a la meilleure progression de ses résultats dans les années allant de 2001 à 2009. Pour l'accessibilité des services d'orientation, l'Abitibi-Témiscamingue a un taux de 93,3 % d'atteinte des balises d'excellence, soit un résultat qui se situe au-dessus de 30 % de celui de l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le troisième rang dans ce domaine. Par ailleurs, la région obtient aussi un résultat avantageux en ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux : elle se classe au cinquième rang à l'échelle provinciale dans cette sous-dimension. Mentionnons que l'Abitibi-Témiscamingue a la meilleure proportion de personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de six mois, soit 0,0 %, alors que ce taux est de 6,4 % dans l'ensemble du Québec (données de février 2009).



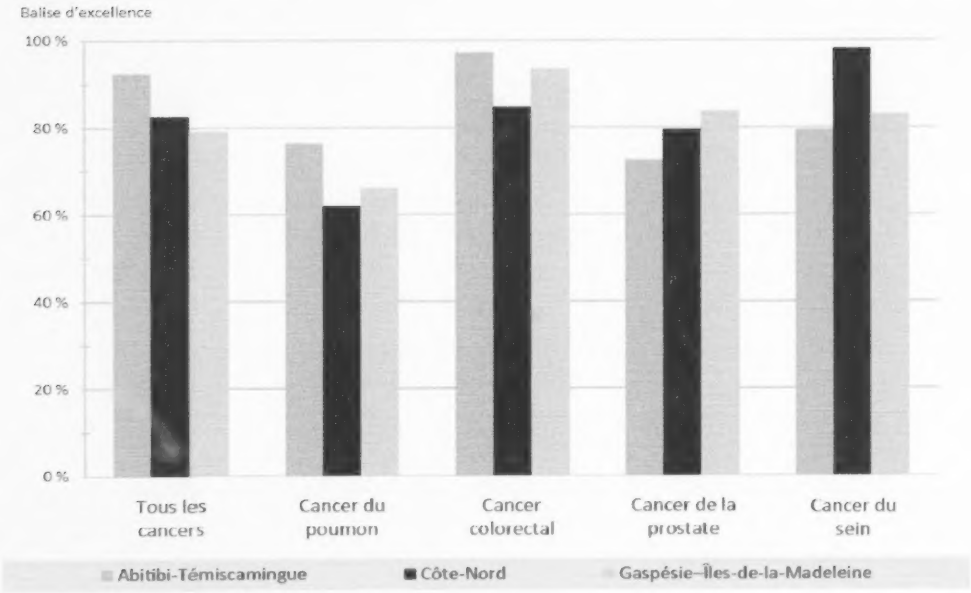


Le cinquième rang qu'occupe la région de l'Abitibi-Témiscamingue, en raison d'une proportion d'atteinte des balises chiffrée à 82,5% contre 77,8% pour le Québec, représente la meilleure performance, parmi les régions dites éloignées, pour la fonction de maintien et développement. La région a un résultat particulièrement avantageux en matière de formation avec une proportion de 1,8% d'heures travaillées consacrées à la formation en 2007-2008 contre un taux québécois de 1,2%, ce qui place l'Abitibi-Témiscamingue au deuxième rang parmi les quinze régions comparées. Cependant, pour la stabilité du personnel, la région se situe au quatorzième rang à l'échelle provinciale. À titre d'exemple, le taux de départ des effectifs embauchés en cours d'année est le plus élevé avec 38,7% en Abitibi-Témiscamingue, soit 12,6% de plus que celui de l'ensemble du Québec.



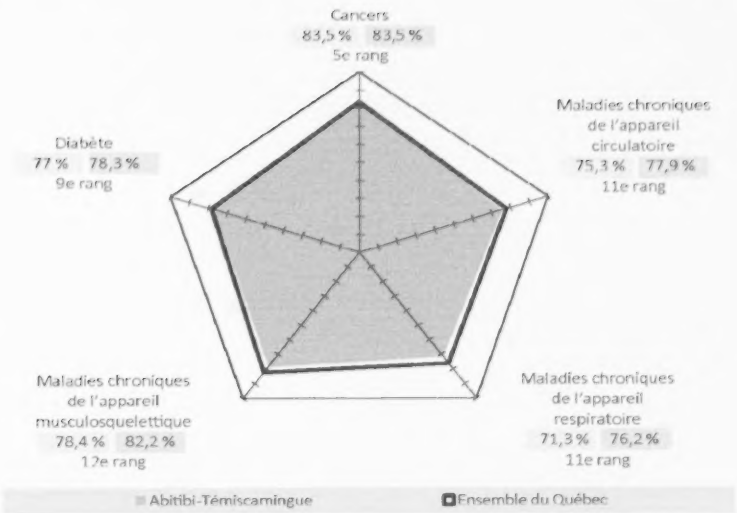
En ce qui concerne l'atteinte des buts, l'Abitibi-Témiscamingue atteint les balises d'excellence dans une proportion de 75,3% contre un taux de 78,9% au Québec, ce qui constitue le résultat le plus défavorable. Cependant, par rapport à l'efficacité en santé maternelle et infantile, la région a des résultats enviables: elle occupe le troisième rang en raison des meilleurs taux à l'échelle du Québec pour la mortalité infantile et néonatale. En matière de satisfaction globale et d'équité, l'Abitibi-Témiscamingue obtient aussi de bons résultats en dépassant la proportion québécoise d'atteinte des balises dans ces deux sous-dimensions. Pour l'équité, la région obtient le sixième rang à l'échelle provinciale, bien qu'elle se situe loin derrière les deux autres régions éloignées que sont la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ces dernières régions ont respectivement à cet égard le premier et le deuxième rang à l'échelle du Québec. Tous ces résultats qui, somme toute, sont positifs s'accompagnent toutefois de résultats très défavorables dans d'autres sous-dimensions. En ce qui concerne l'efficacité en santé globale, par exemple, l'Abitibi-Témiscamingue se classe dernière sur le plan comparatif à l'échelle du Québec et, en santé mentale, elle obtient des résultats tout aussi défavorables.

MALADIES CHRONIQUES

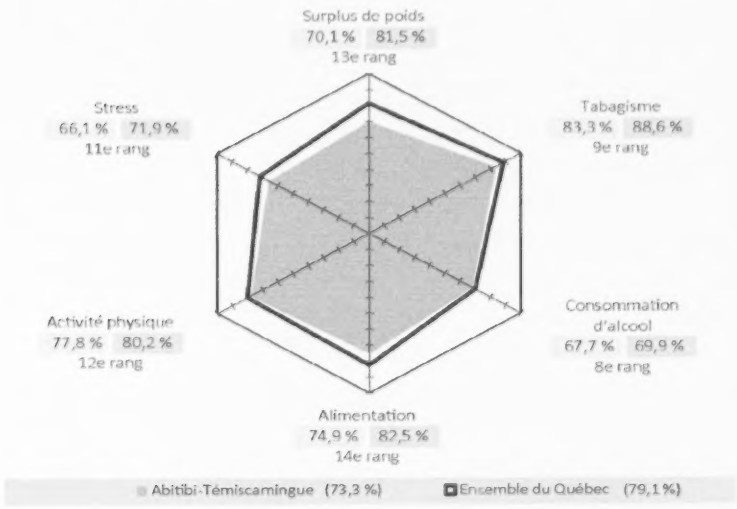


Tout comme les autres régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue présente des résultats largement défavorables pour sa performance dans le domaine des maladies chroniques en général. Pour ce qui est des données sur le cancer, cependant, la région de l'Abitibi-Témiscamingue a, avec un taux de 83,5 %, une proportion d'atteinte des balises égale à celle de l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le cinquième rang à l'échelle provinciale et la meilleure performance parmi les régions éloignées (tableau R6). Soulignons par ailleurs le bon résultat obtenu par la région pour le cancer colorectal et le très bon résultat pour l'ensemble des cancers (quatrième rang). À ce sujet, pour tous les cancers, c'est l'Abitibi-Témiscamingue qui a le taux d'incidence le plus bas au Québec avec 442 cas pour 100 000 habitants en 2005 contre un taux québécois moyen de 499. L'excellent résultat obtenu pour cet indicateur témoigne d'une forte amélioration temporelle, puisque le taux d'incidence du cancer pour l'Abitibi-Témiscamingue était de 532 cas pour 100 000 habitants, en 2001, alors que celui du Québec était de 498. Enfin, en ce qui concerne les cancers du sein et de la prostate, la région se situe au dixième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue la moins bonne performance, dans les deux cas, parmi les régions éloignées.

Au chapitre des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, l'Abitibi-Témiscamingue atteint les balises d'excellence dans une proportion de 75,3 % contre 77,9 % pour le Québec, ce qui place la région au onzième rang sur le plan comparatif à l'échelle provinciale. Dans la sous-catégorie des morbidités de l'appareil circulatoire, pour laquelle la région se situe au treizième rang, l'Abitibi-Témiscamingue présente le plus haut taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales avec 43,1 décès pour 100 000 habitants, soit 8,4 de plus que celui de l'ensemble du Québec (données moyennes de 2002-2006).



Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la région se situe encore au onzième rang à l'échelle provinciale, bien que ce résultat tende à dissimuler une différence notable entre les deux indicateurs composant cette catégorie. En effet, l'Abitibi-Témiscamingue se classe au sixième rang pour son taux ajusté de mortalité par grippe et pneumopathie, mais elle obtient le résultat le plus défavorable à l'échelle québécoise pour son taux ajusté de mortalité par maladies chroniques de l'appareil respiratoire avec 44,8 décès pour 100 000 habitants contre une proportion de 34,9 décès pour 100 000 habitants pour l'ensemble du Québec (données moyennes de 2002-2006). Par ailleurs, avec une proportion d'atteinte des balises inférieure de 3,9% au résultat québécois, qui est de 82,2%, la région obtient le douzième rang à l'échelle provinciale pour sa performance dans le domaine des maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique. Pour ce qui est du diabète, avec un taux de 6,1% contre 6,0%, l'Abitibi-Témiscamingue a un taux de prévalence légèrement plus élevé que celui du Québec, ce qui, pour cette maladie, place la région au neuvième rang parmi les quinze régions comparées.



Enfin, au chapitre des habitudes de vie et des facteurs de risque, la région présente des résultats largement défavorables, ce qui est typique des régions éloignées. Cependant, avec un huitième rang pour la consommation d'alcool et un neuvième rang pour le tabagisme, l'Abitibi-Témiscamingue a les meilleurs résultats dans ces catégories parmi les régions éloignées.

RÉGION ÉLOIGNÉE

CÔTE-NORD

Région 09

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

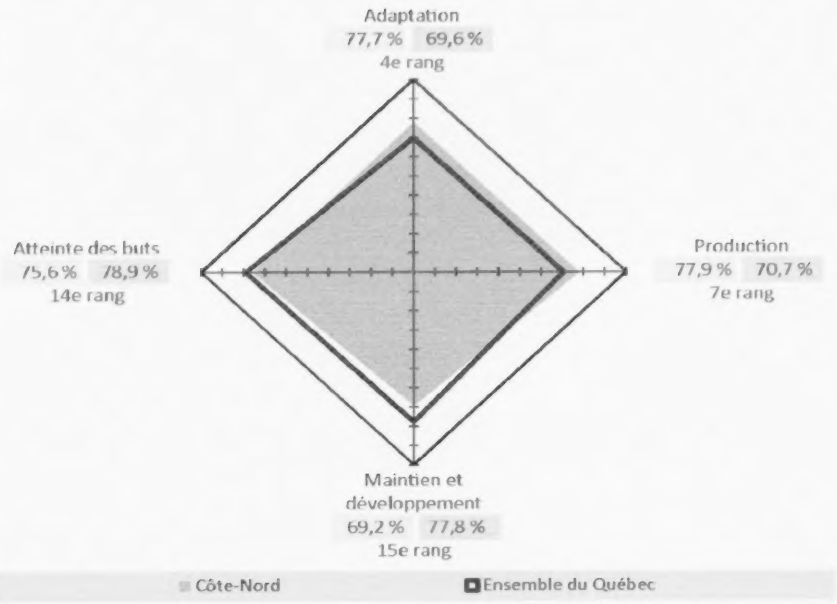
- Meilleur résultat québécois pour les innovations technologiques
- Excellente accessibilité des services médicaux et diagnostiques
- Excellente performance en matière d'équité
- Plus faible résultat à l'échelle provinciale pour la productivité
- Plus long délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse
- Problèmes en ce qui a trait à l'utilisation des ressources humaines et à la santé des professionnels

MALADIES CHRONIQUES

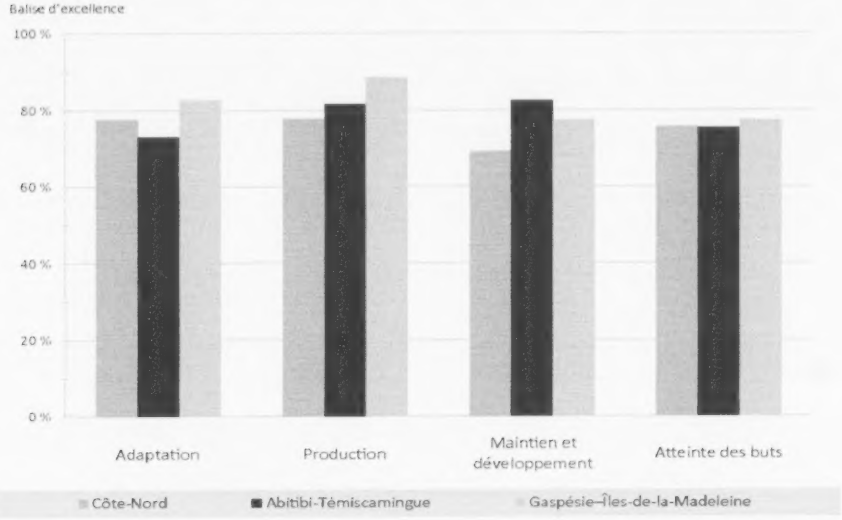
- Meilleure performance au Québec pour le cancer du sein
- Deuxième rang au Québec pour la proportion de la population consommant plus de cinq portions de fruits et légumes par jour
- Taux les plus élevés au Québec pour l'incidence du cancer du poumon et la mortalité par celui-ci
- Dernier rang québécois pour les maladies respiratoires chroniques
- Taux le plus défavorable de tabagisme

Population (2010)	94 922 hab.
0-17 ans	20,5 %
18-64 ans	65,6 %
65 ans et plus	13,9 %
Superficie (terre ferme)	236 970 km²
Densité de la population	0,4 hab./km²
Taux de chômage (2009)	ND
Revenu disponible (2007)	33 799 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	54,9 %
Hospitalisations (2007-2008)	11 756
Nombre de CSSS (2010)	8
Population moyenne/CSSS	11 865 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	2 712

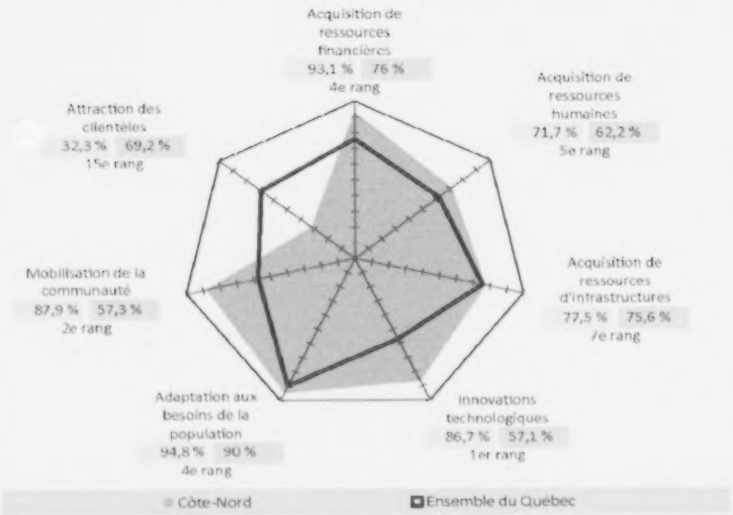
APERÇU GLOBAL



Les résultats obtenus par la Côte-Nord sont très variables et polarisés en fonction des différents aspects qui sont considérés. Cependant, de manière générale, la région a des résultats défavorables par rapport aux deux autres régions éloignées. En ce qui concerne l'adaptation, la Côte-Nord atteint les balises d'excellence dans une proportion de 77,7 %, soit 8,1 % de plus que celle de l'ensemble du Québec, ce qui vaut à la région le quatrième rang à l'échelle provinciale. Pour la production, la Côte-Nord dépasse la proportion québécoise d'atteinte des balises. Toutefois, son septième rang à cet égard constitue le résultat le moins favorable parmi les régions éloignées. Quant à la fonction de maintien et développement ainsi qu'à la fonction d'atteinte des buts, la région obtient des résultats très défavorables en occupant respectivement le dernier et l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale.

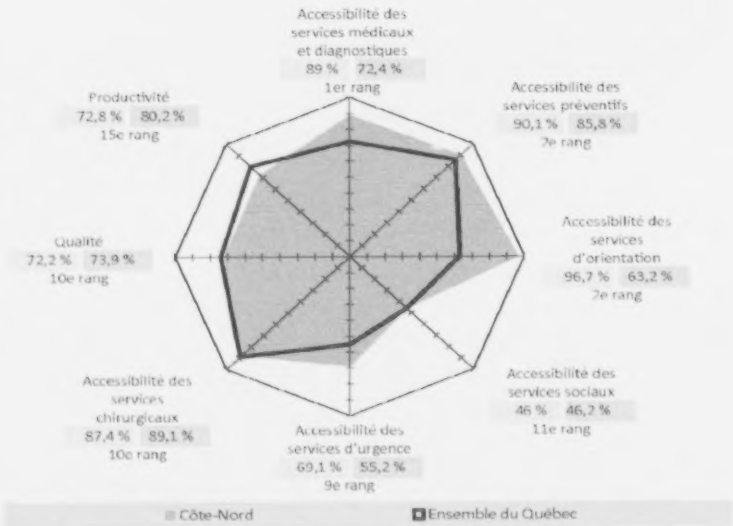


ADAPTATION

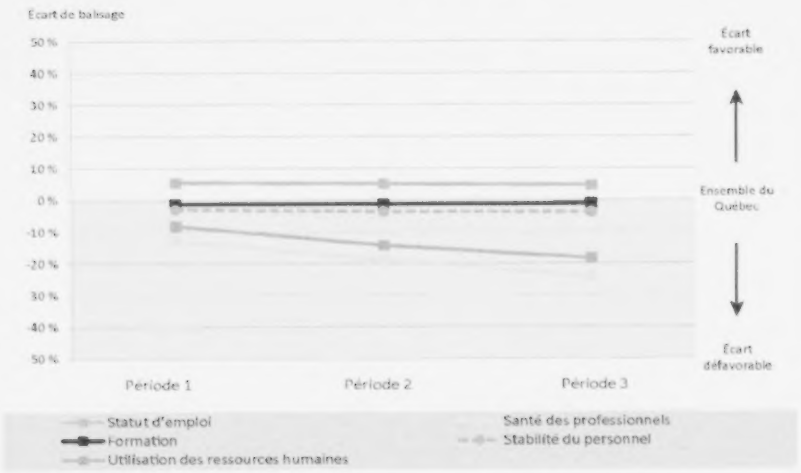


Avec une proportion d'atteinte des balises de 77,7% contre un résultat moyen de 69,6% pour le Québec, la région de la Côte-Nord se situe au quatrième rang à l'échelle provinciale pour la fonction d'adaptation. Caractéristique des régions éloignées, cette très bonne performance s'accompagne du meilleur résultat québécois sur le plan des innovations technologiques. À titre d'exemple, le nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) atteignait un taux de 41,7 pour 1 000 habitants en 2007, alors que cette proportion était de 22,7 pour l'ensemble du Québec. Avec une proportion d'atteinte des balises de 87,9%, soit 30,6% de plus que le résultat global du Québec, la Côte-Nord a aussi un résultat très enviable sur le plan de la mobilisation de la communauté. Pour l'attraction de la clientèle, cependant, la région obtient le résultat le plus défavorable parmi les quinze régions comparées, ce qui n'est toutefois pas un fait surprenant étant donné sa situation géographique. Enfin, lorsque la variation temporelle des résultats est considérée, nous constatons que la Côte-Nord est la région québécoise qui a connu, dans la dernière décennie, la plus forte progression en ce qui concerne la performance en adaptation.

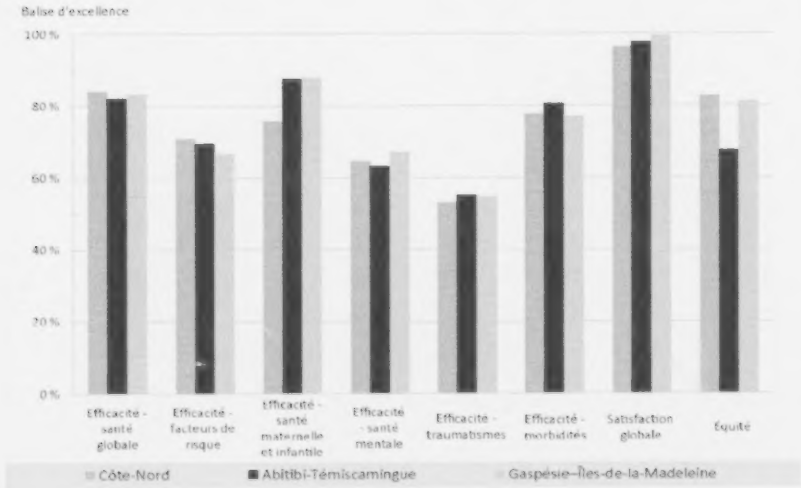
PRODUCTION



En ce qui concerne la fonction de production, la Côte-Nord a une proportion d'atteinte des balises de 77,9% contre un taux de 70,7% pour le Québec dans son ensemble. Toutefois, ce résultat, qui vaut à la région le septième rang à l'échelle provinciale, est le moins avantageux parmi les régions éloignées. Quoi qu'il en soit, la Côte-Nord obtient des résultats très favorables au chapitre de l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques (premier rang québécois), des services préventifs (deuxième rang) ainsi que des services d'orientation (deuxième rang). Cependant, contrairement aux autres régions éloignées, la Côte-Nord a des résultats défavorables pour l'accessibilité des services chirurgicaux (dixième rang) et des services sociaux (onzième rang). Dans cette dernière catégorie de services, soulignons que la Côte-Nord présente le plus long délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, et ce, avec 33,4 jours en 2008-2009, alors que le délai moyen québécois était de 14,4 jours. Enfin, sur le plan de la productivité, la Côte-Nord se démarque, de manière aussi négative, des autres régions éloignées en obtenant à cet égard le dernier rang à l'échelle provinciale. En effet, la région a le résultat le plus défavorable au Québec pour le taux d'occupation des lits de courte durée pour des soins de longue durée avec 14,6% contre 5,6% pour l'ensemble du Québec selon les données de 2007-2008.

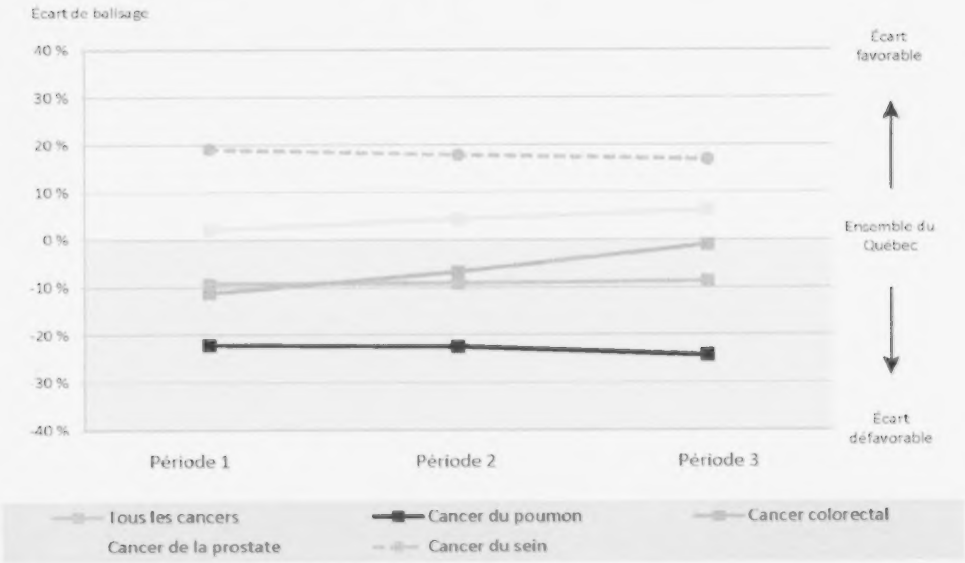


Pour ce qui est du maintien et développement, la région de la Côte-Nord a le résultat le plus défavorable parmi les quinze régions comparées avec une proportion d'atteinte des balises de 69,2%, soit 8,6% en deçà du taux moyen à l'échelle du Québec. Si la région obtient des résultats très semblables à ceux du Québec pour la formation, pour laquelle elle se classe au septième rang à l'échelle provinciale, elle occupe la dernière place pour l'utilisation des ressources humaines de même que pour la santé des professionnels. Dans cette dernière sous-dimension, qui mesure le taux d'absentéisme du personnel du réseau, la Côte-Nord a connu la plus forte régression temporelle en passant d'un taux d'absentéisme de 6,5% en 2005-2006 à un taux de 7,7% en 2007-2008. Pendant cette même période, l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont connu, quant à elles, une forte amélioration de leur degré d'absentéisme en passant de 6,6% à 5,8% et de 7,8% à 6,9%, respectivement. Enfin, au chapitre du statut d'emploi, il convient de mentionner la très bonne performance de la Côte-Nord qui, avec une proportion d'atteinte des balises de 98,8% contre 94,2% pour le Québec, se situe au deuxième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue le meilleur résultat parmi les régions éloignées.

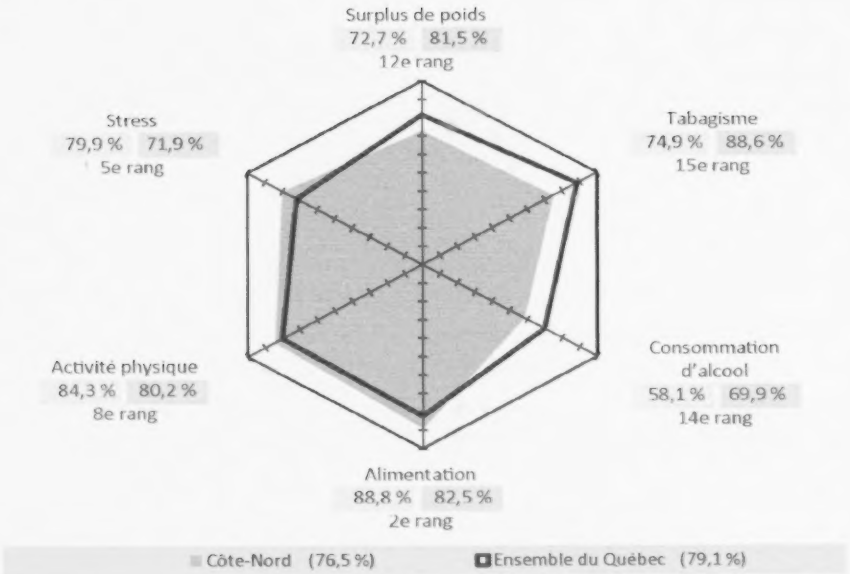


Avec une proportion d'atteinte des balises inférieure de 3,3% au résultat moyen à l'échelle du Québec, qui est de 78,9%, la Côte-Nord se situe à l'avant-dernier rang à l'échelle de la province pour cette fonction de notre cadre d'analyse de la performance. Très faibles dans l'ensemble, les résultats de la région sont particulièrement défavorables en ce qui a trait à l'efficacité en matière de traumatismes (quinzième rang). Soulignons que c'est dans la région de la Côte-Nord qu'est observé le résultat le plus défavorable pour les années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles avec 1 081 années pour 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, alors que le taux du Québec pour ce même indicateur est de 591 (données moyennes de 2002-2006). Par ailleurs, contrairement à ce qui est observé dans les deux autres régions éloignées, la Côte-Nord a des résultats très défavorables en matière de santé maternelle et infantile, notamment à cause du plus haut taux à l'échelle du Québec pour les grossesses chez les adolescentes âgées de 17 ans ou moins. Cela étant dit, la Côte-Nord occupe la première position au Québec avec une excellente performance en matière d'équité.

MALADIES CHRONIQUES



Au chapitre des maladies chroniques, la Côte-Nord, à l'instar des autres régions éloignées, présente des résultats généralement défavorables malgré certaines exceptions. Pour ce qui est des données sur le cancer, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 81,3 % contre 83,5 % pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le onzième rang à l'échelle provinciale (tableau R6). Les données régionales sur le cancer du poumon sont particulièrement défavorables. En effet, avec 61,9 % contre 86,3 % pour l'ensemble du Québec, la proportion d'atteinte des balises la plus défavorable parmi les quinze régions comparées, la région a les taux d'incidence et de mortalité les plus élevés pour ce cancer. Par surcroît, lorsque c'est la variation temporelle des résultats pour le cancer du poumon qui est considérée, nous constatons que la Côte-Nord a connu la plus forte régression de sa performance. Par exemple, alors que le taux d'incidence pour ce cancer est resté relativement stable de 2001 à 2005 pour l'ensemble du Québec, avec 83 cas pour 100 000 habitants, il est passé, durant la même période, de 111 à 116 cas pour 100 000 habitants dans la région de la Côte-Nord. Néanmoins, il faut noter l'excellent résultat obtenu par la région en ce qui concerne le cancer du sein. En effet, c'est sur la Côte-Nord que se trouvent les taux les plus avantageux au Québec pour la mortalité de ce cancer ainsi que pour les années potentielles de vie perdues à cause de lui.



En ce qui concerne les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la Côte-Nord se situe à 2,3 % en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises, qui est de 77,9 %. Cependant, ce résultat est fortement influencé par le résultat défavorable de la région pour la proportion de la population souffrant d'hypertension (treizième rang). Par ailleurs, la Côte-Nord se classe troisième au Québec en raison, notamment, du meilleur résultat de la province pour les années potentielles de vie perdues par cardiopathie ischémique. Pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, néanmoins, la région présente des résultats très défavorables et elle se classe dernière parmi les quinze régions comparées. Pour ce qui est du diabète, elle obtient des résultats identiques à ceux du Québec avec un taux de prévalence de 6,0 %.

Enfin, lorsque sont considérés les habitudes de vie et les facteurs de risque, nous observons que la Côte-Nord, comme les autres régions éloignées, a des résultats défavorables. Tout d'abord, en ce qui concerne les données combinées sur le tabagisme, la région obtient le résultat le plus défavorable à l'échelle provinciale. Pour la consommation d'alcool, la région se classe avant-dernière, juste devant le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cependant, des résultats plus encourageants méritent d'être mentionnés. En effet, pour l'activité physique et l'alimentation, la Côte-Nord obtient les résultats les plus avantageux parmi les régions éloignées. Pour l'alimentation, la région se démarque particulièrement avec une proportion d'atteinte des balises de 88,8 % contre un taux québécois moyen de 82,5 %, ce qui lui vaut le deuxième meilleur résultat à l'échelle provinciale, juste derrière l'Estrie.

RÉGION ÉLOIGNÉE

GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE

Région 11

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

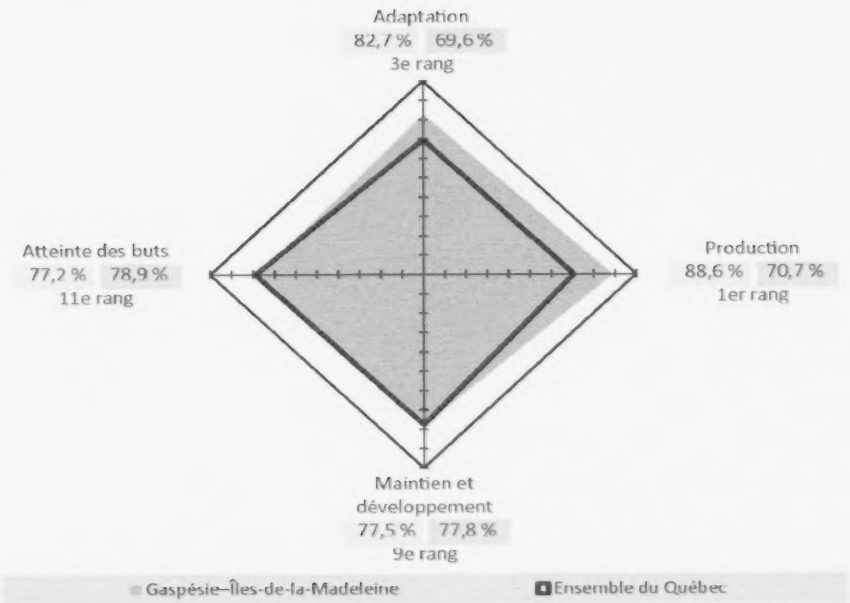
- Excellents résultats pour l'acquisition de ressources, les innovations technologiques, l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté
- Meilleure performance au Québec en ce qui concerne la production
- Excellente satisfaction globale, très bon degré d'équité et forte progression temporelle de l'efficacité en santé maternelle et infantile
- Résultat défavorable pour la santé des professionnels
- Avant-dernier rang pour l'efficacité en matière de traumatismes

MALADIES CHRONIQUES

- Premier rang au Québec pour les interventions chirurgicales des maladies chroniques de l'appareil circulatoire
- Meilleur résultat parmi les régions éloignées pour les maladies respiratoires chroniques
- Dernier rang au Québec pour le taux de prévalence du diabète
- Taux d'incidence du cancer le plus défavorable au Québec
- Problèmes de tabagisme, de surplus de poids et d'alimentation

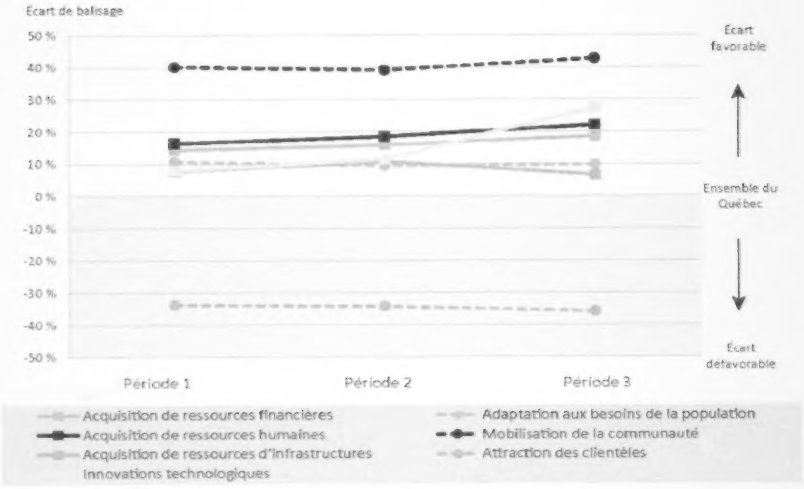
Population (2010)	94 551 hab.
0-17 ans	16,0 %
18-64 ans	64,2 %
65 ans et plus	19,8 %
Superficie (terre ferme)	20 267 km²
Densité de la population	4,7 hab./km²
Taux de chômage (2009)	15,6 %
Revenu disponible (2007)	25 715 $/hab.
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	71,2 %
Hospitalisations (2007-2008)	12 718
Nombre de CSSS (2010)	5
Population moyenne/CSSS	18 910 hab.
Personnel du réseau (ETC 2007-2008)	3 055

APERÇU GLOBAL



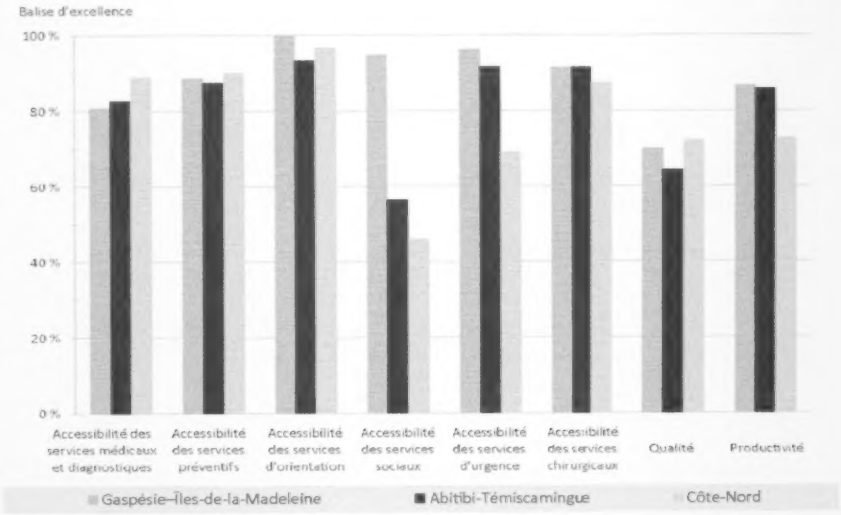
La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a des résultats généralement avantageux et elle se distingue, de façon toute particulière, parmi les régions éloignées. Par ailleurs, par rapport à l'ensemble du Québec, la région se démarque très nettement en ce qui concerne l'adaptation (troisième rang) et la production (premier rang). Pour ce qui est de la fonction de maintien et développement, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situe tout juste en deçà de la proportion québécoise d'atteinte des balises avec un taux de 77,5%, ce qui représente un recul de 0,3%. Enfin, pour ce qui est de l'atteinte des buts, la région obtient le résultat le moins défavorable parmi les régions éloignées avec une proportion d'atteinte des balises de 77,2% contre 78,9% pour le Québec, ce qui lui vaut le onzième rang à l'échelle provinciale.

ADAPTATION

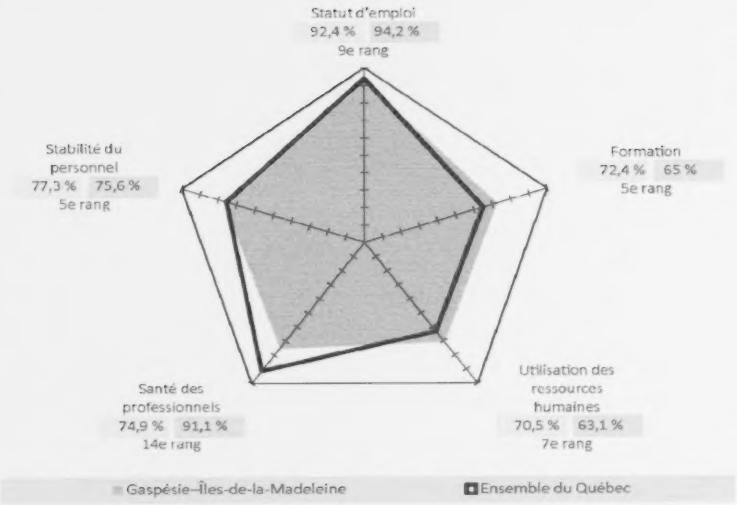


Avec une proportion d'atteinte des balises de 82,7 % contre un taux québécois moyen de 69,6 %, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situe au troisième rang parmi les quinze régions comparées, ce qui constitue le meilleur résultat parmi les régions éloignées. En fait, la région présente de très bons résultats pour toutes les sous-dimensions d'acquisition de ressources de même que pour les innovations technologiques. Pour ce qui est de l'acquisition de ressources humaines, soulignons qu'avec une proportion de 1,87 médecin pour 1 000 habitants en 2008 contre une proportion québécoise moyenne de 1,03, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a le taux le plus élevé au Québec en ce qui concerne les médecins de famille. Par ailleurs, la région obtient la meilleure performance à l'échelle du Québec pour l'adaptation aux besoins de la population avec une proportion d'atteinte des balises de 99,8 % contre un résultat moyen québécois de 90,0 %. Elle se classe aussi première pour la mobilisation de la communauté avec un taux de 100,0 % contre 57,3 % pour le Québec dans son ensemble. De manière plus concrète, notons que ce sont 80,4 % des Gaspésiens et Madelinots qui, en 2008, qualifiaient de plutôt fort ou très fort leur sentiment d'appartenance à la communauté locale contre 57,4 % pour l'ensemble des Québécois. Qui plus est, soulignons que, pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les dépenses pour les organismes communautaires par habitant en 2008-2009 étaient plus de deux fois supérieures aux dépenses moyennes du Québec pour ces organismes.

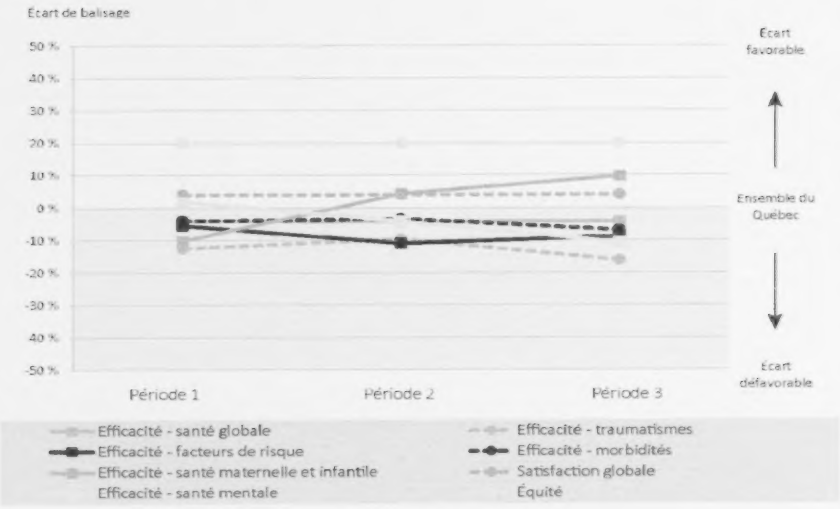
PRODUCTION



Pour ce qui est de la fonction de production, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a les résultats les plus avantageux à l'échelle québécoise avec une proportion d'atteinte des balises de 88,6 % contre 70,7 % pour l'ensemble du Québec. Cet excellent résultat global est accompagné d'une performance favorable dans l'ensemble des huit sous-dimensions de cette fonction, sauf celle qui évalue la qualité des soins, pour laquelle la région se classe au treizième rang à l'échelle provinciale. Cependant, il convient de mentionner que ce résultat défavorable tient essentiellement à la contre-performance de la région pour un indicateur précis, à savoir le taux ajusté d'hospitalisations liées à des états de santé nécessitant des soins ambulatoires. En effet, dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ce taux est de 865 hospitalisations pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, alors qu'il n'est que de 452 pour l'ensemble du Québec (données moyennes de 2001-2005). Cela étant dit, la région présente les meilleurs résultats de la province pour l'accessibilité des services d'orientation de même que pour l'accessibilité des services sociaux. À ce sujet, selon les données de 2008-2009, c'est en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que sont les délais les plus courts en matière d'évaluation et d'application des mesures en protection de la jeunesse.

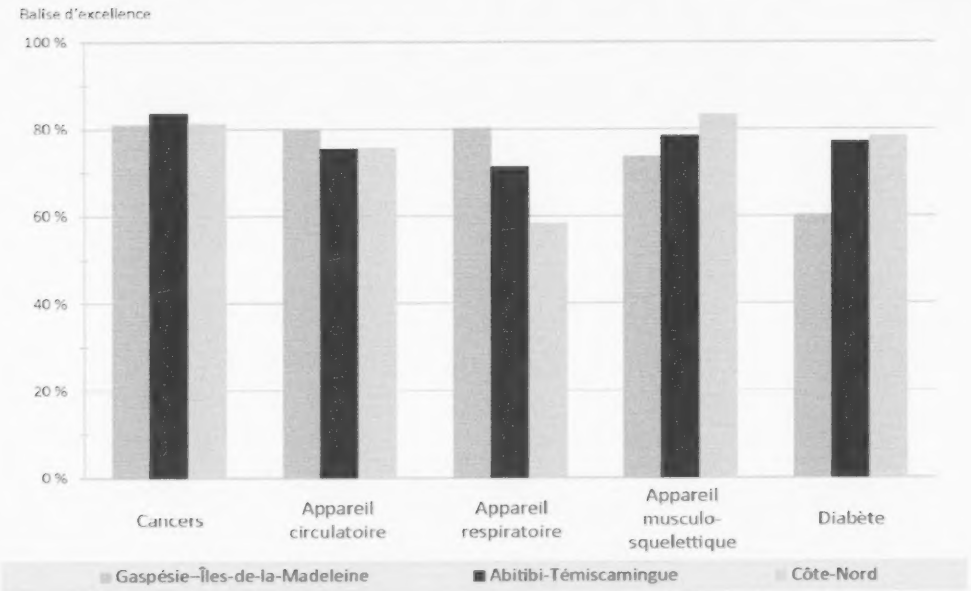


En ce qui concerne le maintien et développement, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situe tout juste en dessous de la proportion québécoise d'atteinte des balises avec un taux de 77,5 % contre 77,8 % pour l'ensemble de la province. En fait, les résultats de la région se situent dans une relative proximité des résultats moyens du Québec pour l'ensemble des sous-dimensions, sauf pour celle qui évalue la santé des professionnels. En effet, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se classe à l'avant-dernier rang pour le taux d'absentéisme avec 6,9 % d'heures payées en assurance salaire contre 5,6 % pour le Québec dans son ensemble. Cela étant dit, la région obtient la meilleure performance parmi les régions éloignées pour la stabilité du personnel (cinquième rang) de même que pour l'utilisation des ressources humaines (septième rang).



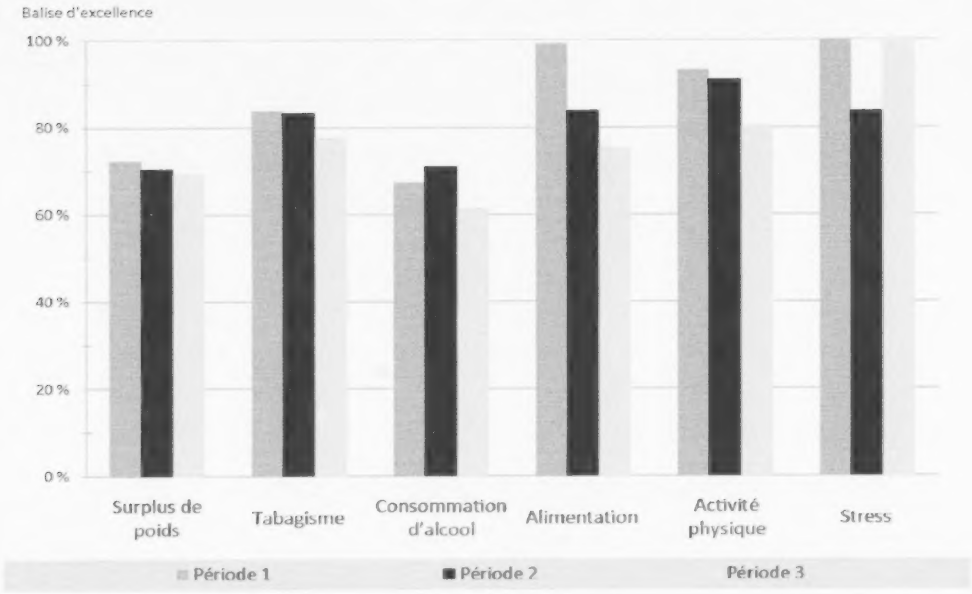
En ce qui concerne l'atteinte des buts, la région obtient le onzième rang à l'échelle provinciale, ce qui constitue néanmoins le meilleur résultat parmi les régions éloignées avec une proportion d'atteinte des balises de 77,2 % contre 78,9 % pour le Québec. Par ailleurs, lorsque cette fonction est considérée, nous remarquons une forte divergence entre les résultats selon les différentes catégories d'indicateurs. Ainsi, pour l'efficacité en santé globale, la région se situe à l'avant-dernier rang à l'échelle provinciale et, avec un taux de 52,0 % des personnes qui considéraient leur santé comme très bonne ou excellente en 2008 contre un taux de 59,3 % pour le Québec dans son ensemble, elle a le résultat le plus défavorable pour la perception de l'état de santé. Pour ce qui est de l'efficacité liée aux facteurs de risque, la région arrive dernière parmi les quinze régions comparées, notamment à cause des taux élevés de tabagisme et de diabète, comme nous le verrons dans la partie sur les maladies chroniques. Pour l'efficacité en santé mentale, la région obtient le treizième rang et présente le taux le plus élevé de mortalité par suicide avec 22,5 décès pour 100 000 habitants contre un taux de 15,9 pour 100 000 habitants au Québec (données moyennes de 2004-2006). Par ailleurs, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtient d'excellents résultats en santé maternelle et infantile (deuxième rang) ainsi qu'en matière d'équité (deuxième rang), en plus d'avoir la meilleure performance à l'échelle du Québec pour la satisfaction globale à l'égard des soins reçus.

MALADIES CHRONIQUES



Au chapitre des maladies chroniques, la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présente des résultats généralement défavorables, malgré certaines exceptions, tout comme les autres régions éloignées. En ce qui concerne le cancer, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 81,0 % contre 83,5 % pour le Québec, ce qui la situe au douzième rang parmi les quinze régions comparées (tableau R6). Dans la catégorie qui évalue tous les cancers, nous observons que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine avait le taux d'incidence du cancer le plus défavorable avec 586 cas pour 100 000 habitants, en 2005, contre 499 pour le Québec dans son ensemble. Pour ce qui est du cancer du poumon, la région se classe avant-dernière avec une proportion d'atteinte des balises de 66,1 %, soit 20,2 % de moins que le résultat moyen québécois.

Par ailleurs, pour le cancer colorectal et le cancer de la prostate, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtient des résultats très favorables et, à l'échelle provinciale, elle se situe au deuxième rang pour ces maladies. Sur le plan des maladies chroniques de l'appareil circulatoire, la région atteint les balises d'excellence dans une proportion de 79,9 % contre un résultat de 77,9 % pour l'ensemble du Québec, ce qui lui vaut le quatrième rang. Cependant, ce résultat tend à dissimuler d'importantes divergences à l'intérieur de cette catégorie. En effet, si la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se classe dernière au Québec avec une proportion de 22,0 % de sa population souffrant d'hypertension (le taux québécois moyen est de 16,3 %), elle obtient le meilleur résultat sur le plan des interventions chirurgicales relatives aux maladies de l'appareil circulatoire.



Pour ce qui est des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine atteint les balises d'excellence dans une proportion de 80,3 %, soit un résultat qui est de 4,1 % meilleur que celui de l'ensemble du Québec. Ce résultat lui vaut le cinquième rang à l'échelle provinciale et constitue la meilleure performance dans les régions éloignées. Pour les maladies chroniques de l'appareil musculosquelettique, cependant, la région se situe au quatorzième rang et elle a une proportion élevée de sa population souffrant d'arthrite, soit 14,7 % contre 11,2 % pour l'ensemble du Québec. Les résultats sont tout aussi défavorables pour ce qui est du diabète : la région a un taux de prévalence de 7,8 % pour cette maladie, ce qui constitue le résultat le plus défavorable au Québec.

Enfin, par rapport aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtient des résultats défavorables dans toutes les catégories sauf celle qui évalue la perception du stress. En effet, en 2008, ce ne sont que 18,7 % des Gaspésiens et Madelinots qui considéraient leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes, alors que cette proportion atteignait 26,0 % dans l'ensemble du Québec. Enfin, les résultats relatifs aux indicateurs du tabagisme ainsi que de la qualité de l'alimentation, défavorables pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, témoignent de la tendance temporelle négative de cette région pour ces deux déterminants, alors que la tendance québécoise est plutôt à l'amélioration.

RÉGIONS ISOLÉES

NORD-DU-QUÉBEC Région 10

NUNAVIK Région 17

TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES Région 18

FAITS SAILLANTS

APPRÉCIATION GLOBALE

- Degré très élevé d'acquisition de ressources financières
- Taux élevés de médecins de famille
- Forts indices de consommation des services médicaux
- Bons résultats pour le Nord-du-Québec en matière de formation et de statut d'emploi
- Faibles taux de médecins spécialistes
- Défi au chapitre de la qualité des soins
- Résultats très défavorables au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James en atteinte des buts

MALADIES CHRONIQUES

- Bons résultats liés au cancer pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James
- Bonne performance pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nord-du-Québec relativement aux maladies chroniques de l'appareil circulatoire
- Résultats liés au cancer défavorables pour le Nunavik et le Nord-du-Québec
- Taux très élevés de mortalité dans les trois régions isolées pour les maladies chroniques de l'appareil respiratoire
- Tabagisme : cause importante de décès au Nunavik

	Nord-du-Québec	Nunavik	Terres-Cries-de-la-Baie-James
Population (2010)	14 373 hab.	11 708 hab.	15 629 hab.
0-17 ans	21,4%	40,8%	38,4%
18-64 ans	68,5%	56,1%	56,6%
65 ans et plus	10,1%	3,1%	5,0%
Superficie (terre ferme)	335 280 km²	428 943 km²	5 285 km²
Densité de la population	0,04 hab./km²	0,027 hab./ km²	3,0 hab./ km²
Taux de chômage (2009)	ND	ND	ND
Revenu disponible (2007)	29 587 $/hab.	ND	ND
Supplément de revenu garanti (65 ans et plus) (2007)	54,2%	53,9%	92,0%
Hospitalisations (2007-2008)	1 826	2 468	2 648
Nombre de CSSS (2010)	ND	ND	ND
Population moyenne/CSSS	ND	ND	ND
Personnel du réseau (ETC 2007 2008)	465	651	831

APERÇU GLOBAL

Les régions 10, 17 et 18 présentent des caractéristiques qui les rendent difficilement comparables avec les quinze autres régions sociosanitaires du Québec. Par ailleurs, même si la méthodologie et les sources utilisées pour les indicateurs sont les mêmes que celles employées dans l'ensemble du document, des données manquent pour plusieurs indicateurs, ce qui empêche la présentation de résultats d'atteinte de balisage agrégés par fonction ou sous-dimension du cadre d'appréciation du Commissaire. Pour ces raisons, elles font l'objet d'une analyse particulière dans laquelle la comparaison est généralement limitée à ces trois régions dites isolées. Bien entendu, les résultats de l'ensemble du Québec nous servent souvent de base de comparaison. Cela dit, nous faisons moins référence aux proportions d'atteinte des balises qu'aux différents indicateurs pour lesquels nous disposons de renseignements pour les trois régions comparées.

ADAPTATION

En ce qui concerne l'adaptation, les régions isolées se caractérisent par un degré très élevé d'acquisition de ressources financières. Cela se vérifie surtout pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, pour lesquels les dépenses publiques en santé par habitant atteignent 12 197,00 $ et 9 396,00 $, respectivement, alors que ce taux est de 3 588,00 $ pour l'ensemble du Québec (données de 2007-2008). Par ailleurs, relativement à l'acquisition de ressources humaines, les trois régions isolées présentent un taux élevé de médecins de famille et un taux relativement élevé d'infirmières, tout en ayant une faible proportion de médecins spécialistes qui desservent leur population. Sur le plan des innovations technologiques, le Nord-du-Québec obtient des résultats avantageux par rapport à l'ensemble québécois, alors que les deux autres régions tirent nettement de l'arrière avec des taux très faibles d'examens en tomodensitométrie (TDM) ainsi que d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM). Enfin, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent une forte mobilisation de la communauté, marquée par un financement pour les organismes communautaires supérieur à la moyenne québécoise.

PRODUCTION

En ce qui a trait à la production, les données disponibles permettent de faire certaines observations. Pour ce qui est de l'accessibilité des services médicaux et diagnostiques, nous remarquons, dans les régions isolées, de forts indices de consommation des services médicaux, spécialement en omnipratique, ainsi qu'un fort taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus. Pour ce dernier indicateur, la région du Nunavik se démarque avec 279 hospitalisations pour 1 000 habitants en 2007-2008, alors que les taux obtenus par les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nord-du-Québec sont respectivement de 184 et de 131, tandis que le résultat global du Québec est de 73 hospitalisations en soins aigus pour 1 000 habitants. En ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux, les données disponibles révèlent que les régions isolées présentent un taux élevé d'arthroplasties du genou pour 100 000 habitants. Ce taux est de 92,0 pour le Nord-du-Québec, de 126,0 pour le Nunavik et de 144,0 pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, alors que le taux moyen québécois est de 58,0 arthroplasties du genou pour 100 000 habitants (données moyennes de 2001-2005). Enfin, sur le plan de la qualité, les trois régions isolées obtiennent des résultats très défavorables. D'une part, elles ont un taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) de deux à cinq fois plus élevé que le résultat moyen au Québec, qui est de 80,9 cas pour 100 000 habitants (données de 2007-2008). D'autre part, ces régions isolées ont un taux très élevé d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires. Pour le Nunavik, ce taux atteint même 2 463 hospitalisations pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, alors que la proportion pour cet indicateur est de 452 pour l'ensemble du Québec (données moyennes de 2001-2005).

MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT

Pour le maintien et développement, les régions isolées présentent des caractéristiques variables. En effet, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent des taux très faibles de leurs employés occupant des postes réguliers (moins de 35,0 %, alors que le taux québécois moyen est de 65,8 %). Cependant, parmi ces employés occupant des postes réguliers, la grande majorité occupe des postes à temps complet. Pour le Nord-du-Québec, les données pour le statut d'emploi se comparent avantageusement à ce qui se trouve ailleurs au Québec. Sur le plan de la formation, cette région présente aussi des résultats favorables avec 2,0 % d'heures travaillées consacrées à la formation, alors que le Nunavik présente un taux de 0,7 % et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, un taux de 1,0 %. La proportion moyenne du Québec, quant à elle, était de 1,2 % d'heures travaillées consacrées à la formation en 2007-2008. Enfin, pour la santé des professionnels et la stabilité du personnel, c'est la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui se classe en tête des régions isolées et qui, par ailleurs, obtient des résultats supérieurs aux balises d'excellence retenues pour l'ensemble du Québec.

ATTEINTE DES BUTS

Pour la fonction d'atteinte des buts, les résultats varient passablement d'une région à l'autre, bien que, généralement, ils soient défavorables. Pour ce qui est de la santé globale et, plus particulièrement, de l'espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, le Nunavik semble très désavantagé par rapport aux autres régions. En effet, l'espérance de vie à la naissance n'est que de 64,2 ans dans cette région, alors qu'elle est de 76,8 ans pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James et de 78,6 ans pour le Nord-du-Québec. Le taux pour l'ensemble du Québec est, quant à lui, de 80,0 ans (données moyennes de 2002-2006). Par ailleurs, en santé maternelle et infantile ainsi qu'en santé mentale, le Nord-du-Québec se situe passablement bien par rapport à l'ensemble du Québec, mais les deux autres régions, surtout le Nunavik avec ses taux très élevés de grossesses chez les adolescentes, de mortalité infantile et de mortalité par suicide, ont des résultats très défavorables. Par exemple, le taux ajusté de mortalité par suicide au Nunavik s'élève à 91,5 pour 100 000 habitants, alors que le résultat moyen du Québec est de 15,9 (données moyennes de 2004-2006). Enfin, les trois régions isolées, particulièrement le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, présentent des taux très élevés de mortalité et d'années potentielles de vie perdues par traumatismes non intentionnels.

MALADIES CHRONIQUES

Pour ce qui est des maladies chroniques, les données dont nous disposons pour les régions isolées sont très partielles, bien qu'elles permettent de faire certaines constatations. En ce qui concerne le cancer, les résultats varient grandement selon les régions (tableau R6). Pour le Nord-du-Québec, les données disponibles font état de taux d'incidence et de mortalité ainsi que d'un nombre d'années potentielles de vie perdues relativement plus élevés que ceux obtenus au Québec. Pour le Nunavik, les résultats pour le cancer sont encore beaucoup plus défavorables sauf pour le cancer du sein, pour lequel le Nunavik a une performance avantageuse par rapport à l'ensemble du Québec. Cependant, cette exception doit être interprétée en fonction de l'ensemble des autres renseignements sur cette région. Pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, les résultats sont très favorables pour le cancer : les taux d'incidence et de mortalité ainsi que le nombre d'années potentielles de vie perdues sont généralement très en dessous des données moyennes québécoises.

Par ailleurs, pour les maladies chroniques de l'appareil circulatoire, les renseignements disponibles sont peu nombreux : ils tendent à montrer la bonne performance de deux des régions isolées, alors que le Nunavik présente plutôt des résultats défavorables. Les régions isolées obtiennent un taux très élevé de mortalité par maladies chroniques de l'appareil respiratoire. Le Nunavik a les résultats les plus défavorables avec un taux de 218,4 décès résultant de maladies chroniques de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants, alors que le taux des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec est respectivement de 51,6 et de 56,1 décès et que le taux moyen québécois est de 34,9 décès pour 100 000 habitants (données moyennes de 2002-2006). Enfin, les données disponibles pour les habitudes de vie et les facteurs de risque révèlent que le tabagisme est une cause importante de décès dans la région du Nunavik.

> Références bibliographiques

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, Québec, Commissaire à la santé et au bien-être, 508 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux, une nouvelle approche pour en apprécier la performance*, document d'orientation, 100 p.

GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ et CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS – Rapport de recherche*, Québec, Gouvernement du Québec, 182 p.

STATISTIQUE CANADA (2008). *Enquête sociale générale de 2007 : tableaux de soins*, n° 89-633-X, Ottawa, Statistique Canada, 52 p.

La liste complète des sources et des définitions pour chacun des indicateurs peut aussi être consultée dans le *Recueil des sources et définitions des indicateurs de monitorage*, disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

> Réalisation

Commissaire à la santé et au bien-être

Robert Salois

Document préparé par quatre auteurs principaux

Jean-Frédéric Levesque*
Commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

Daniel Labbé
Coordination du monitorage

Maxime Ouellet

Jean-François Lapierre

Avec la collaboration de

Gylaine Boucher
Directrice générale intérimaire

Marc-André Fortin

Anne Marcoux
Directrice générale

Comité d'orientation

Paul Bernard
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos
Université de Montréal

Véronique Déry
Agence d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé

Jean-Pierre Duplantie
Consultant

Denis A. Roy
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Graphisme

Concept
Matteau Parent graphisme et communication inc.

Adaptation
Pouliot Guay graphistes

Édition

Chantal Racine

Anne-Marie Labbé

© 2010 Commissaire à la santé et au bien-être

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

Mars 2010

ISBN : 978-2-550-58224-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-58229-8 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'Institut, il agit à titre de commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

> Remerciements

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux.

À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

M. Mike Benigeri	Consultant
M^me^ Caroline Boucher	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M^me^ Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
M. Mathieu Gagné	Institut national de santé publique du Québec
M^me^ Yolaine Galarneau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. François Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Jonathan Keays	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
M. Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Daniel Poirier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Robert Sainte-Marie	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Marc-André Saint-Pierre	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessous.

En effet, la collecte des données provenant des enquêtes du Commonwealth Fund s'est faite grâce à la collaboration du Commonwealth Fund ; de la Health Foundation (Royaume-Uni) ; du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (Pays-Bas) ; du Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen ; du German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Allemagne) ; de la Haute Autorité de santé (France) ; du Conseil canadien de la santé (Canada) ; du Commissaire à la santé et au bien-être (Québec) ; du Ontario Health Quality Council (Ontario).

Certes, toutes les personnes qui nous ont partagé leurs avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leurs noms ne figurent pas dans ces lignes.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec